



Instituto Politécnico de Beja

Escola Superior de Educação



Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

Envelhecimento Activo em Centro de Dia

Tânia Pereira Gil

Beja

2013

Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Educação de Beja
Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

Envelhecimento Activo em Centro de Dia
Dissertação de mestrado apresentado na Escola Superior de
Educação de Beja do Instituto Politécnico de Beja

Elaborado Por:

Tânia Pereira Gil

Orientado Por:

Professor Doutor João Leal

Beja

RESUMO

Com o avançar da idade vão-se verificando algumas alterações físicas, psicológicas e sociais. A perda de algumas destas capacidades obriga muitos idosos a frequentarem centros de dia. No entanto para muitos deles que tiveram uma vida activa, o corte com o trabalho e as actividades diárias de toda uma vida, surge em alguns casos a perda de interesse pela vida.

O presente estudo teve como objectivos efectuar uma revisão bibliográfica sobre o envelhecimento activo e como promove-lo através de estímulos físicos, sociais e psicológicos.

Deste modo foi realizada uma investigação no Centro de Dia de Porto Covo “A Gralha” onde foram entrevistados dez idosos com idades compreendidas entre os 75 e 93 anos, procedeu-se à realização de uma Anamnese para verificar o estado de consciência do idoso, verificar o seu nível de bem-estar físico, psicológico, o seu grau de satisfação em relação ao Centro de dia, de como gostariam de ocupar os seus tempos livres no mesmo e por fim, foi realizado o teste de aptidão física funcional para idosos a Bateria de Fullerton de Rikli & Jones.

Depois de analisados todos estes factores foi criado um Projecto de intervenção que visa melhorar a vida destes idosos a nível cognitivo e físico e proporcionar-lhes um envelhecimento activo.

Palavras-Chave

- Idosos;
- Envelhecimento Activo;
- Saúde física;
- Saúde mental;
- Institucionalizações parciais, Centro de dia.

Abstract

With advancing age come several changes to the physical, psychological and social level. The loss of some of these abilities forces many seniors to attend day centers. However for many of them who had an active life, cutting with work and daily activities of a lifetime, appears in some cases the loss of interest in life.

The aim of the present study was to carry out a literature review on active ageing and how to promote it through physical, social and psychological stimulation.

In this way an investigation was carried out in the Centre of Porto Covo "A Gralha" where we interviewed ten seniors ages between 75 and 93 years, performed an Anamnese to check the State of consciousness of the elderly, check their physical well-being, psychological level, their degree of satisfaction in relation to day care Center and about how they would like to occupy their free time and finally, the specific functional fitness test for elderly the Fullerton battery of Rikli Jones.

Once all these factors were analyzed we created an intervention project aimed on improving the lives of the elderly/ seniors in study in cognitive and physical levels and provide them with an active aging.

Key Words:

- Seniors;
- Active Ageing;
- Physical Health;
- Mental health;
- Partial Institutionalization, Day Centre.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste projecto só foi possível e graças algumas pessoas, e como tal quero expressar o meu Muito Obrigada.

Ao Orientador Professor Doutor João Leal, o meu agradecimento pela disponibilização prestada para a orientação deste trabalho.

À Prof Doutora Maria Cristina Faria, pelo apoio e colaboração e disponibilidade para a realização deste projecto.

Ao Centro de Dia “A Gralha”, onde foi realizada esta intervenção, aos utentes, à disponibilidade para os entrevistar e especialmente à Dra. Ana, pois sem eles esta investigação não seria possível.

À família, pelo apoio e paciência ao longo destes meses e aos amigos, pelos momentos de descontração e apoio para não desistir.

E por fim também às colegas de turma, com quem desabafei e me ajudaram, e tiraram algumas duvidas.

A todos um muito Obrigada.

TÂNIA GIL

ÍNDICE

| | |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Abreviaturas e Siglas..... | 9 |
| Introdução..... | 15 |
| Parte I- Revisão Bibliográfica..... | 17 |
| 1. Envelhecimento..... | 18 |
| 1.1 Envelhecimento Demográfico | 18 |
| 1.2 Processo de envelhecimento | 20 |
| 1.2.1- Transformações Biológicas do envelhecimento | 24 |
| 1.2.2- Transformações Sociológicas do Envelhecimento | 27 |
| 1.2.3- Transformações psicológicas do Envelhecimento | 28 |
| 1.3-Envelhecimento activo | 29 |
| 2- Promoção da saúde no idoso | 33 |
| 2.1 – Qualidade de vida na velhice..... | 33 |
| 2.2- Saúde Mental | 36 |
| 2.2.1-Doença de Alzheimer | 38 |
| 2.2.2-Depressão..... | 35 |
| 2.3-Saúde Física..... | 38 |
| 2.3.1— Pratica e Benefícios da Actividade Física em idosos | 39 |
| 2.4- Lazer e Ocupação dos Tempos Livres na terceira idade | 47 |
| 3 – Resposta Sociais para idosos | 51 |
| 3.1 - Centros de dia | 52 |
| Parte II- estudo empírico | 55 |
| 1. -Enquadramento do Estudo Empírico..... | 55 |
| 1.1- Questão de Partida | 55 |
| 1.2-Variáveis do estudo | 55 |
| 2. - Metodologia | 56 |
| 2.1- Caracterização do Amostra | 58 |
| 2.2- Caracterização da Associação a Gralha- Centro de dia..... | 58 |
| 3 - Considerações Éticas..... | 60 |
| 4 - Instrumentos de recolha de dados..... | 60 |

| | | |
|-------|-------------------------------------------------------------|-----|
| 5 | - Procedimento e tratamento dos dados | 65 |
| 6 | -Apresentação e Análise dos Resultados | 66 |
| 6.1- | Análise dos dados da componente psicológica | 66 |
| 6.2 | -Análise dos dados da componente física. | 73 |
| 7- | Discussão dos Resultados | 76 |
| 8 | -Diagnostico das Necessidades da realidade envolvente | 79 |
| | Parte III - Desenvolvimento do Projecto de intervenção..... | 80 |
| 1. | Introdução..... | 80 |
| 2. | Designação do Projecto | 81 |
| 2.2 | -Objectivos da Intervenção | 81 |
| 2.2.1 | -Objectivos gerais..... | 81 |
| 2.2.2 | -Objectivos Específicos | 82 |
| 3. | Plano de acção..... | 82 |
| 3.1 | -Recursos | 83 |
| 3.1.1 | -Recursos Humanos | 83 |
| 3.1.2 | -Recursos Financeiros..... | 84 |
| 3.1.3 | -Recursos Materiais..... | 84 |
| 4 | - Plano de Actividades Semanal..... | 85 |
| 4.1 | -Programa e Descrição das actividades | 86 |
| 4.1.1 | -Componente Psicológica | 86 |
| 4.1.2 | - Componente Física..... | 90 |
| 5- | Avaliação do projecto | 94 |
| | Considerações finais..... | 96 |
| | Referências Bibliográficas | 93 |
| | Referências Webgráficas | 107 |
| | Apêndices..... | 108 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1- Pirâmides etárias da População residente total em Portugal..... | 19 |
|---------------------------------------------------------------------------|----|

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1-Bateria de Fullerton. | 63 |
| Tabela 1-Bateria de Fullerton (Continuação) | 64 |
| Tabela 2- Estado de consciência do paciente- orientação do idoso | 67 |
| Tabela 3- Escala de Auto-Avaliação de saúde e bem-estar físico | 68 |
| Tabela 4- Escala de auto-avaliação de saúde e bem-estar psicológico..... | 68 |
| Tabela 5- Auto-avaliação de saúde e bem-estar | 69 |
| Tabela 6- Avaliação da qualidade do sono | 70 |
| Tabela 7-queixas sobre transtornos nas funções complexas | 70 |
| Tabela 8- Isolamento Social..... | 72 |
| Tabela 9-Avaliação da Flexibilidade do Hemicorpo Superior | 73 |
| Tabela 10 avaliação do hemicorpo inferior | 73 |
| Tabela 11-Avaliação da aptidão muscular do hemicorpo superior | 74 |
| Tabela 12- avaliação da aptidão muscular do hemicorpo inferior | 74 |
| Tabela 13-teste de ir-e-vir | 74 |
| Tabela 14-marcha de 6 min..... | 75 |
| Tabela 15- avaliação do IMC..... | 75 |

ABREVIATURAS E SIGLAS

QV- Qualidade de vida;

CD- Centro de dia;

OMS- Organização Mundial de Saúde;

SM- Saúde Mental;

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde;

DGS- Direcção Geral de Saúde;

DA- Doença de Alzheimer;

INE- Instituto Nacional de Estatística;

Et al- Outros.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento acarreta diversas dificuldades aos idosos e às famílias, os riscos de doenças, viuvez, solidão, e isolamento.

A solidão e o isolamento a que alguns idosos se deparam e as dificuldades dos familiares em conseguirem cuidar destes fazem com que muitos idosos e as suas famílias procurem a institucionalização parcial.

Os avanços da ciência e as melhorias das condições sanitárias contribuíram para um aumento da população idosa, este crescente aumento da expectativa de vida obrigou a um aumento dos serviços de apoio a idosos.

O processo de envelhecimento é caracterizado por diversos aspectos que impõe uma maior necessidade de cuidados aos idosos, não só no controle de doenças mas essencialmente na optimização da qualidade de vida no seu bem-estar físico, psíquico e social (Papaleo Netto 2002).

O envelhecimento é um fenómeno que pode ser apreendido a diversos níveis. Antes de mais biológico, porque os estigmas da velhice, de certa forma mais palpáveis, se traduzem com a idade por um aumento das doenças, por modificações do nosso aspecto, tal como a nossa forma de nos deslocamos, ou ainda pelas rugas que pouco a pouco sulcam a nossa pele; social, com a mudança de estatuto provocada pela passagem à reforma; finalmente psicológica, com as modificações das nossas actividades intelectuais e das nossas motivações. O conjunto destas transformações constitui o objecto de estudo da gerontologia (Fontiane,2000:11).

Este projecto de intervenção tem como propósito propor uma melhoria na qualidade de vida dos idosos e promover a saúde mental e física em contexto de Centro de Dia.

Assim a primeira fase passou pela construção da questão de partida que é:

“De que forma os idosos que frequentam o centro de dia podem ter um envelhecimento activo.”

Na primeira parte deste trabalho encontra-se a Revisão Bibliográfica, onde são apresentados os conceitos que são pertinentes para a concepção do projecto e bibliografia consultada, para o aprofundamento de conhecimentos.

Na segunda parte do trabalho, o Estudo Empírico, onde é apresentada a metodologia utilizada, bem como os métodos e técnicas de recolha, tratamento e análise dos dados e discussão dos resultados.

Por fim é apresentada uma proposta de intervenção com actividades que visa melhorar a qualidade de vida dos idosos a nível físico, psicológico e social. Este projecto de intervenção apresenta um plano de actividades semanal, e não tem término, podendo ser utilizado ao longo do ano.

PARTE I- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A crescente preocupação em proporcionar um envelhecimento activo está a ter cada vez mais importância devido ao aumento do número de idosos que se tem vindo a verificar principalmente nos países desenvolvidos, como é o caso de Portugal.

Assim, tornou-se pertinente uma abordagem mais aprofundada e uma maior clarificação de alguns temas/conceitos que são reflectidos ao longo deste estudo sendo eles o Envelhecimento que está dividido em três categorias: Envelhecimento Demográfico, o Processo de envelhecimento que se subdivide nas Transformações Biológicas do envelhecimento, Transformações Sociológicas do Envelhecimento e nas Transformações psicológicas do Envelhecimento e o Envelhecimento activo.

De seguida apresenta-se a Promoção da saúde no idoso que se divide na Qualidade de vida na velhice e na Saúde Mental, onde é abordada a Doença de Alzheimer e a Depressão, principais causas que afectam a saúde mental desta população (OMS, 2001). Na Saúde Física são abordadas as Práticas e Benefícios da Actividade Física em idosos. De seguida temos o Lazer e Ocupação dos Tempos Livres na terceira idade e por fim Respostas Sociais para idosos que se subdivide na temática dos Centros de dia.

Para Fortin (1999:74) “a revisão bibliográfica da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o estudo de investigação.”

Quivy & Campenhoudt (2003:50-51) assinala que para qualquer trabalho é necessário:

(...) ultrapassar as interpretações estabelecidas (...). Todo o trabalho de investigação se inscreve num continuum (...). É portanto normal que um investigador tome conhecimento dos trabalhos anteriores que se debruçam sobre objectos comparáveis e que explicita o que aproxima ou distingue o seu trabalho (...).” Assim (...) continua a ser indispensável tomar conhecimento de um mínimo de trabalhos de referência sobre o mesmo tema ou, de modo mais geral, sobre problemáticas que lhe estão ligadas.

Completando a ideia do autor, qualquer projecto de investigação necessita de uma análise bibliográfica, a fim de complementar o estudo, tornando mais completo, pois através da revisão bibliográfica aprofundam-se conhecimentos sobre os conceitos tratados e inclusive ter a possibilidade de comparar os resultados obtidos com os estudos de outros autores.

1. ENVELHECIMENTO

1.1- ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O Século XXI será certamente o século dos idosos, ao menos no mundo do ocidente. O envelhecimento da população é um fenómeno observado na maioria dos países (Oliveira 2010:7).

Entende-se por envelhecimento demográfico o aumento da população idosa em relação à população total. Fenómeno que se tem verificado desde o século XIX, nos países desenvolvidos, da qual Portugal faz parte, este crescimento deve-se essencialmente à diminuição da taxa de natalidade e mortalidade.

O envelhecimento demográfico pode ser confirmado através de vários indicadores sintéticos, como é o caso do aumento da “idade média” da população, do aumento da percentagem de idosos na população ou do aumento do número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas com menos de 15 anos (Rosa 2012:23).

Ainda continuando com a mesma autora esta afirma que Portugal é actualmente, um dos países mais envelhecidos da Europa. Os progressos médicos, científicos e sociais, a diminuição da mortalidade infantil tem vindo a contribuir para o aumento da esperança média de vida. Por outro lado a redução dos níveis de fecundidade resultaram na diminuição do número de nascimentos (Rosa 2012:29).

Entre 1960 e 2001, assistiu-se a um decréscimo de 36% da população mais jovem e um aumento de 140% da população idosa (Rocha 2007).

O envelhecimento demográfico, definido pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total, em detrimento da população jovem, e/ou da população em idade activa tem vindo a aumentar em Portugal (INE 2002).

Foi a partir da segunda metade do século XX, que as sociedades principalmente na Europa deparam-se com o fenómeno do “duplo envelhecimento” (na base e no topo da pirâmide). Sendo o que se verifica actualmente em Portugal que é considerado um dos países mais envelhecido (Rosa 2012:26-27).

De acordo com as estimativas do Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2007, nos próximos vinte e cinco anos o número de pessoas com mais de 65 anos poderá duplicar em relação a número de jovens (Marques 2011:23).



Figura 1- Pirâmides etárias da População residente total em Portugal, em % do total da população residente. In *Revista de Estudos Demográficos*, nº40. Envelhecimento crescente mas especialmente desigal Artigo 2º pagina 21.

Para Oliveira (2010), não existem pessoas idosas a mais, mas sim crianças e jovem a menos. Isto pode ser verificado na pirâmide portuguesa que se verifica uma queda na fecundidade e um aumento da esperança de vida.

Este envelhecimento demográfico que se assiste em Portugal e nos países desenvolvidos é uma consequência da modificação da estrutura etária da população. A redução da mortalidade aumenta a esperança de vida, ou seja, aumenta o topo da pirâmide (Fernandes 1997:31).

Para Fontaine (2000:20), o envelhecimento populacional deve-se a duas causas principais; a primeira está relacionada com a diminuição da natalidade, “erradicação das doenças infecciosas” o uso de métodos contraceptivos, a entrada da mulher no mercado de trabalho e a ideia de bem-estar e felicidade que hoje em dia está associada ao consumo, deixando de parte a ideia de maternidade e paternidade. A segunda causa é o aumento da longevidade.

No entanto este aumento da população envelhecida, apresenta alguns problemas, segundo ainda o mesmo autor Fontaine (2000:21), o envelhecimento afecta a nossa sociedade a vários níveis, no plano económico, resulta num aumento de reformados; no plano social, beneficiará de um reajuste das infra-estruturas dos sistemas de protecção; o excesso de tempo de lazer levará a modificações no plano cultural e por fim as investigações a nível da saúde terão de continuar a fim de compreender melhor o processo de envelhecimento. “ (...) o desafio fundamental reside em permitir às pessoas não só que morram o mais idosas possível, mas também que vivam uma velhice bem sucedida” (Fontaine 2000:21).

“Em tempos, atingir a velhice era um privilégio de poucos, que conferia à pessoa idosa o estatuto do respeito e consideração” (Grave 2008:15).

OMS (2005) citado em Jacob (2007:15), “O envelhecimento da população é, antes de tudo, uma história de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e económico do mundo”

Por sua vez Arroteia & Cardoso, (2006), citado em Oliveira (2010), fazem referência para a importância da responsabilidade social e uma maior solidariedade intergeracional na população portuguesa que facilite uma maior participação cívica.

Com os progressos na ciência e das tecnologias, e o aumento demográfico da população idosa, aumenta também a preocupação com a qualidade de vida dos mais velhos e os estudos sobre esta faixa etária.

Segundo Serra *et al* (2006), vivemos mais porque vivemos melhor, mas o importante é como gerir este percurso mais durável e como enfrentar a redução das nossas capacidades e a perda da autonomia onde a nossa cultura aclama como fundamental.

Devido às alterações demográficas da percentagem das gerações mais velhas que se tem vindo a verificar ao longo dos últimos anos, obriga às sociedades actuais a criarem respostas a nível social, político e económico que visam melhorar a qualidade de vida e a ocupação dos tempos livres desta faixa etária.

1.2- PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento é um processo complexo, que não pode reduzir-se exclusivamente ao factor “idade”, ainda que este aspecto seja uma condicionante

essencial. Mesmo que tomemos como referência única este aspecto cronológico, deparamo-nos com diversas denominações: “velho”, “ancião”, “terceira idade”, “reformados”, “pessoa sénior”, etc.. Existe toda uma ampla análise sobre estas precisões terminológicas, as denominações que parecem ter um maior uso são as que tem a ver com “pessoa sénior” e as que se referem à “terceira/quarta idade”, devido fundamentalmente ao significado institucional e de grupo que as gerou e continúa a mante-las (OMS 1998).

Ballesteros (2000:39) define a velhice como derivado de velho, que provem do latim *veclus*, *vetulus* definido por pessoa com muita idade.

Com o aumento da esperança média de vida, podemos limitar três fases da velhice: idosos jovens (65 a 74 anos), idosos (75 aos 84 anos) e muito idosos (85 aos 90 anos) (Silva, 2011). Por sua vez Oliveira (2010) refere que a velhice se divide em quatro épocas: velhos jovens (60/69 anos); velhos de meia-idade (70/79 anos), velhos-velhos (80/89anos); e velhos muito velhos (a partir dos 90 anos).

O envelhecimento é um fenómeno que tem vindo a ser cada vez mais evidente na sociedade. Os avanços da medicina, a baixa natalidade, o aumento da qualidade de vida e as novas tecnologias tem vindo a contribuir para que seja possível, vivermos mais anos e com maior e melhor qualidade de vida. Para Trilla & Osorio (1997:251) esta situação está a provocar mudanças importantes sob o ponto de vista demográfico, social e educativo.

O envelhecimento é um processo inevitável e progressivo para o ser humano, no qual deriva um decréscimo nas funções fisiológicas e na redução das habilidades ao stress ambiental, tornando o idoso susceptível e vulnerável ao surgimento de doenças (Gottiel & Carvalho, 2007).

O processo de envelhecimento começa assim que nascemos, no entanto só achamos que estamos a ficar velhos quando se começa a ter dificuldades na realização de determinadas actividades que já não são realizadas com a mesma facilidade que noutros tempos, quando aparecem algumas doenças devido à idade avançada e o corpo começa a ficar enrugado.

De acordo com Rocha (2007), o envelhecimento é uma componente ao desenvolvimento do ser humano é um processo que ocorre ao longo de toda a vida, que se inicia no nascimento e termina na morte. “Processo de mudança progressivo de estrutura biológica, psicológica e social que iniciando-se antes mesmo do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (Direcção Geral de Saúde 2004:3).

É um processo individual que difere de individuo para individuo e de cultura para cultura. Apesar de ser um processo degenerativo, não significa que invalide as capacidades dos mais velhos. O pensamento deste autor vai de encontro ao que Vaillante (2003) citado em Rocha (2007) é fundamental encarar o envelhecimento como algo positivo, aceitar as mudanças que ocorrem, a doença, e a diminuição das funcionalidades.

Rosa (2012) considera que existe o envelhecimento individual e o colectivo. O primeiro distingue-se pelo cronológico que se refere à idade, é um processo universal, progressivo mas tem momentos de aceleração variável e é inevitável, pois faz parte do processo de desenvolvimento humano. O envelhecimento biopsicológico, embora seja um reflexo do anterior não é fixo em termos de idade, porque cada individuo vive de forma individual e os sinais de envelhecimento surgem de forma singular.

O envelhecimento colectivo engloba o envelhecimento demográfico e o da sociedade. No primeiro os indivíduos são classificados por categorias etárias. O envelhecimento da sociedade refere-se ao facto da população envelhecer mas a sociedade não.

A forma como crescemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos, ou seja, a senescência é uma função do meio físico em que o organismo se desenvolve e envelhece, o envelhecimento é a contrapartida do desenvolvimento (Paúl 1997:11).

Fontaine (2000:14-19-22) o envelhecimento não é um estado é um conjunto de processos pelo qual o organismos passa após o seu desenvolvimento, um processo de degradação progressiva e diferencial, que afecta todos os seres vivos. É uma nova etapa e deve de ser encarada de forma positiva, saudável e proactiva. “Velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais susceptível a doenças.”

Para Cancela (2007:2) o envelhecimento é um processo continuo, que decorre ao longo da vida, não se manifestando ao mesmo tempo nem de maneira igual para todos. No entanto o envelhecimento não é uma doença, surge como um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidentes ou doenças que acontecem inevitavelmente com o passar do tempo.

Moragas (1991) e Oliveira (2008) citados em Silva (2011) dividem o processo de envelhecimento em quatro critérios:

A *idade Cronológica* é aquela que é determinada pelo calendário. “A idade constitui um elemento importante, mas não determina a idade de uma pessoa, pois o essencial não é o mero transcurso do tempo, mas a qualidade do tempo decorrido, os acontecimentos vividos e as condições ambientais que o rodearam”.

A *Idade Biológica*, as alterações que se verificam ao longo do envelhecimento podem condicionar a vida do indivíduo, embora não seja considerado uma doença o envelhecimento está associado a certas limitações.

Idade Psicológica, está relacionada com o desenvolvimento cognitivo e emotivo, a capacidade de adaptação e aprendizagem de cada indivíduo.

E por fim a *Idade social*, está associada ao *status*, papéis e funções desempenhados pelo idoso na sociedade.

Até há pouco tempo acreditava-se que a vida humana dividia-se em três fases; a infância denominada por período de desenvolvimento; a vida adulta, associada à vida activa e de produção e por fim a velhice, como ultima etapa que seria a de aposentação, voltada para o passado e descanso obrigatório. Hoje em dia sabe-se que é a falta de exercício que provoca a degeneração e que é importante proporcionar experiências de aprendizagens e manter um ambiente rico e estimulante (Trilla & Osorio 1997:252-253).

O envelhecimento é um fenómeno de grande complexidade e variabilidade, com dimensões biológicas, sociais e psicológicas, sendo um processo continuo em que ocorrem alterações irreversíveis ao longo da vida, daí que reflecta o historial da vida de cada pessoa e seja o espelho que dá imagem transformada de cada ano que passa, ou seja, a forma como vive o seu dia-a-dia e os laços que estabelece com a sociedade (Cunha 2009:93).

Para Garcia (2002) citado em Lima, *et al* (2008) a velhice é uma etapa intensa, na qual o idoso sofre perdas afectivas. No entanto existem também perdas físicas e sociais. É importante que o envelhecimento ocorra com qualidade e administração da autonomia dos indivíduos, buscando preservar a oportunidade de os mais velhos continuarem a participar na sociedade e minimizar as possibilidades de exclusão social.

A pessoa idosa não deve de ser vista nem tratada como uma pessoa jovem envelhecida e despersonalizada, mas sim como uma pessoa com características únicas e verdadeira fonte de conhecimento e de experiências (Moniz 2003).

Netto (2002) citado em Fachine & Trompieri (2012) dividem o processo de envelhecimento em duas fases: o primário e o secundário.

O envelhecimento primário é determinado pela genética e está presente em todos os indivíduos.

O envelhecimento secundário está relacionado com as influências externas e varia de individuo para individuo e do meio em que se insere devido aos factores culturais, geográficos e cronológicos.

Com o envelhecimento prevê-se alterações físicas, psicológicas e sociais aos indivíduos. Ribeirinho (2005) indica que devido a estas perdas surge a necessidade de estimular o idoso para que este mantenha o seu papel social.

Como processo, o envelhecimento é marcado por mudanças biopsicossociais específicas. Não pode ser só observado a nível biológico mas também a nível psicológico e social (Deliberato 2002 citado em Silva & Oliveira 2008).

Assim as mudanças biológicas devem-se à vulnerabilidade e na maior probabilidade em morrer; a nível social, refere-se aos papéis sociais e expectativas da sociedade em relação a este grupo etário e às mudanças psicológicas, que são definidos pela auto-regulação do individuo e na maneira de como este toma decisões (Paúl 2005).

1.2.1- TRANSFORMAÇÕES BIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO

O aspecto biológico é fundamentalmente determinado pelo referente cronológico, mas, apesar disso, os seus limites não são muito precisos, porque o próprio processo de envelhecimento é gradual, e é muito difícil estabelecer um “umbral”. Ainda recorrendo às situações factuais, como pode ser a reforma enquanto facto concreto, hoje estamos a aperceber-nos de que os 65 anos já não são limite “único e exclusivo” para deixar o trabalho. Existem múltiplas excepções “cronológicas”, e, além disso, o impacto que este facto laboral tem na pessoa é muito diferente nos vários sujeitos, nestas circunstâncias, uma pessoa da mesma idade pode apresentar situações desiguais em termos de saúde, aptidão funcional diversa, diferentes condições de nível intelectual, etc. (Requejo citado em Pereira e Lopes, 2009:262).

Segundo Costa (1999:43) as alterações biológicas devem-se a “um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença que acontece inevitavelmente com o passar do tempo.”

O envelhecimento biológico está associado ao envelhecimento celular, ao aparecimento de perturbações de saúde e à diminuição das capacidades funcionais (Lima, 2010). Para Spar & Rue (1997), as principais modificações biológicas que o organismo sofre com o passar do tempo tem a ver com a perda de elasticidade, tonicidade da pele que leva

ao aparecimento de rugas, a perda de acuidade visual, a mudança da cor dos olhos bem como a perda do brilho e o aparecimento de doenças como a presbiopia (ver mal ao perto), a miopia (ver mal ao longe), e as cataratas (diminuição da acuidade visual com nevoeiro). Há uma diminuição da audição. A locomoção sofre algumas alterações devido à diminuição do peso e da altura. A mobilidade e flexibilidade são reduzidas, os ossos ficam mais frágeis, descalcificados e esponjosos, podendo provocar osteoporose.

Surgem as arritmias, a hipertensão, a perda de equilíbrio e de agilidade mental e manual. Em alguns casos os idosos tem perturbações do sono.

O processo de envelhecimento provoca uma diminuição das capacidades físicas sendo elas a força, o equilíbrio, a resistência e a velocidade.

De uma forma mais detalhada Lhano, Manz & Oliveira (2006:19-20) definem os efeitos do processo natural do envelhecimento nos sistemas locomotor, cardiovascular, respiratório, nervoso e sensorial.

No sistema locomotor, verifica-se uma perda da massa e volume muscular devido à diminuição das fibras musculares que irá resultar na diminuição dos níveis da força e resistência muscular. A deterioração da flexibilidade, mobilidade e diminuição da elasticidade muscular e dos tendões. É nesta idade que surgem casos de osteoporose devido à diminuição da densidade óssea. Verifica-se ainda uma diminuição da altura do idoso, este facto deve-se à “degeneração da capsula articular e achatamento dos discos intervertebrais.” (Lhano, Manz & Oliveira 2006:19).

No sistema cardiovascular devido ao endurecimento das artérias e válvulas dificulta a corrente sanguínea que resulta no aumento da pressão arterial e de doenças cardiovasculares.

No sistema Respiratório, dá-se uma perda de elasticidade pulmonar que leva a um decréscimo do consumo do oxigénio e da capacidade vital o que deixa os idosos mais susceptíveis a doenças respiratórias.

A nível do sistema nervoso devido à diminuição de neurónios ocorre um abrandamento do tempo e de processamento de informação principalmente na reacção perante situações de perigo, verifica-se também uma mudança no paladar e no olfacto. Observa-se menor capacidade de concentração e atenção tal como na memória a curto prazo.

No sistema sensorial também se verifica alterações, dá-se uma perda de eficiência nos órgãos sensoriais e aumento dos limiares para serem estimulados, por isso a

informação chega mais lentamente e por vezes deturpada. Todos estes problemas irão afectar o dia-a-dia do idoso na sua estabilidade e segurança no andar.

“Geralmente, o idoso apresenta rigidez torácica, maior acumulação de massa gorda, vícios posturais acentuados, problemas cardiovasculares e doenças resultantes do envelhecimento (hipertensão, arteriosclerose, diabetes, etc.) ” (Llano, Manz e Oliveira, 2002:20).

Zimerman (2000:21-25) apresenta várias alterações que ocorrem com o envelhecimento. Sendo as alterações físicas verificadas:

- As bochechas enrugam-se e embolsam;
- Aparecem manchas escuras na pele, chamadas as manchas senis;
- A produção de células novas diminui, a pele perde o tónus tornando-se flácida;
- Podem surgir verrugas;
- O nariz alarga-se;
- Os olhos ficam mais húmidos;
- Há um aumento da quantidade de pelos nas orelhas e no nariz;
- Os ombros ficam mais arredondados;
- As veias destacam-se sob a pele dos membros, e enfraquecem;
- Encurvamento postural devido à modificação na coluna vertebral;
- Diminuição da estatura pelo desgaste das vertebrae.

Em relação às modificações internas verifica-se:

- Os ossos endurecem;
- Os órgãos internos atrofiam-se, reduzindo o seu funcionamento;
- O cérebro perde neurónios e atrofia-se, tornando-se menos eficiente;
- O metabolismo fica mais lento;
- A digestão é mais difícil;
- A insónia aumenta assim como a fadiga durante o dia;
- A visão de perto piora devido a falta de flexibilidade do cristalino, a perda da transparência (catarata), se não operada pode causar cegueira;
- As células responsáveis pela propagação dos sons no ouvido interno e pela estimulação dos nervos auditivos degeneram-se;
- O endurecimento das artérias e o seu entupimento provocam arteriosclerose;
- O olfacto e o paladar diminuem.

Ao longo dos anos vão surgindo alterações no corpo, vão se perdendo capacidades olfactivas, auditivas e visuais, ao mesmo tempo que começam a perder as forças e o corpo vai perdendo a flexibilidade e a mobilização torna-se cada vez mais difícil.

As mudanças corporais são graduais o que leva a muitos idosos a manterem os seus hábitos, no entanto é importante que estes sejam reconsiderados e adaptados, pois a dependência resulta muitas vezes em stress (Fonseca 2004 citado em Rocha, 2007).

São as transformações biológicas que ressaltam mais à vista no processo do envelhecimento, e são as mais sentidas nos idosos uma vez que são mais intensas. As dificuldades na locomoção, a perda de força e flexibilidade a diminuição ou perda de alguns sentidos, acabam por influenciar a vida e as rotinas dos mais velhos.

O envelhecimento biológico “é implacável, activo e irreversível”, tornando assim o organismo dos idosos mais vulnerável às agressões externas e internas (Moraes, Moraes & Lima 2010).

1.2.2- TRANSFORMAÇÕES SOCIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO

O Homem como ser social ao longo da sua vida integra vários papéis sociais e estabelece relações interpessoais. O seu bem-estar subjectivo e a satisfação de vida vão depender das relações sociais e da prática de actividades produtivas. Caso contrário surge o sentimento de inutilidade para o idoso (Fontaine 2000).

Com as mudanças biológicas ocorre, simultaneamente dificuldades sociais, um dos sinais mais evidentes é o isolamento e a diminuição da interacção social (Bromley 1966:77-79).

Este isolamento e interacção social devem-se sobretudo à perda do papel social do estatuto profissional e a perda do poder económico, as alterações que ocorrem nesta fase, como a reforma, a perda de actividades, acaba por resultar na perda do papel do idoso na sociedade, que consequentemente causam o afastamento e o isolamento do idoso perante a sociedade.

Surge assim a importância de criar redes ou fortalecer as redes sociais dos idosos, e apostar na participação activa em actividade de cariz social e lúdico. É essencial que o idoso prepare a sua velhice e se adapte a esta, para poder usufruir desta fase com qualidade.

Devido à estagnação o idoso pode perder capacidades físicas e mentais devido à inacção, não se quer dizer com isto que se deve obrigar o idoso a participar em

actividades sociais, mas em criar “pressões e necessidades de carácter social” que despertem o interesse nos idosos (Bromley 1966:90-91).

- Crise de identidade, provocada pela falta de papel social, leva o velho a uma perda da sua auto-estima;
- Mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade. Com o aumento do tempo de vida, ele deverá de se adequar os novos papéis.
- Aposentadoria, já que, ao aposentar-se, ainda restam a maioria das pessoas muitos anos de vida; portanto, elas devem de estar preparadas para não acabarem isoladas, deprimidas e sem rumo;
- Perdas diversas, que vão da condição económica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia;
- Diminuição dos contactos sociais, que se tornam reduzidos em função das suas possibilidades, distancia, vida agitada, falta de tempo, circunstâncias financeiras e da realidade da violência nas ruas. (Zimmerman 2000:27).

Para Fonseca (2005) as relações sociais na velhice são fundamentais para a promoção da saúde especialmente na saúde mental.

Osorio (2007), citado em Rocha (2007) referem que no contexto social verifica-se as alterações dos papéis e funções nos grupos etários, através das relações sociais e é possível melhorar a saúde e bem-estar dos idosos.

1.2.3- TRANSFORMAÇÕES PSICOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO

O equilíbrio psíquico do idoso irá depender da sua capacidade de adaptação à sua existência e com as condições que o meio lhe oferece. “Envelhece como se viveu” (Ballone, 2004).

Para Fonseca (2004), ao nível psicológico são as sucessivas crises pelas quais o idoso passa que alteram as suas características psicológicas.

O envelhecimento é afectado pelos modos de vida e embora não possa ser evitado, pode ser retardado através de actividades físicas, cuidados com a alimentação, apoio psicológico e estimulação mental.

Para Mestre (1999) o envelhecimento psicológico é a diminuição das faculdades psíquicas e físicas, originando ao idoso por vezes um sentimento de inadaptação ao meio,

perda de objectivos de vida e até um afastamento e isolamentos dos familiares e amigos surgindo sentimentos de solidão e de inutilidade para o idoso.

Zimerman (2000) foca algumas mudanças psíquicas que ocorrem no idoso que podem dificultar a sua adaptação aos novos papéis, nomeadamente, falta de motivação, dificuldade em se adaptar às mudanças, baixa auto-imagem e auto-estima.

Por outro lado Lima (2004) refere que estudos indicam que os mais velhos são menos impulsivos e menos afectados pela ansiedade e que tem um maior controlo emocional.

Durante o envelhecimento psicológico perde-se algumas capacidades cognitivas (rapidez de aprendizagem e memória) muitos deles devido ao desuso (falta de prática), a doenças, o uso de medicamentos e álcool, falta de motivação e confiança em si ou devido a factores sociais como a solidão, no entanto também se obtêm ganhos nomeadamente a nível da sabedoria, conhecimento e experiência (OMS 2002).

Saber superar as adversidades, adaptar-se às mudanças do envelhecimento, saber preparar-se para a reforma irá determinar o processo de envelhecimento (OMS 2002).

1.3-ENVELHECIMENTO ACTIVO

A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, activo e plenamente integrado. A não se fazerem reformas radicais, teremos em mãos uma bomba relógio pronta a explodir em qualquer altura (Kofi Annan, citado em Magalhães 2005:20).

De acordo com a OMS (2002:23) o envelhecimento activo é, “o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando a melhora do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem”.

O envelhecimento activo, propõe aos indivíduos realizarem o seu potencial físico, social e mental e manterem um papel activo na sociedade.” A palavra “Activo” refere-se à continuação da participação em actividades sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas (...) “ (Marques 2011:30).

Desta forma a OMS no final dos anos noventa, tem vindo a promover o termo “*envelhecimento activo*”. Um envelhecimento saudável que optimize as oportunidades de

saúde, participação e segurança para os mais velhos, melhorando a qualidade e expectativa de vida (OPAS/OMS, 2005 citado em Directrizes de assistência de S.M. 2008).

Com base no envelhecimento da população idosa que a Organização Mundial de Saúde no final dos anos noventa lançou o paradigma do Envelhecimento Activo como um processo de optimização e oportunidades para a saúde, participação e segurança, com o intuito de aumentar a qualidade de vida no envelhecimento. Mais tarde em dois mil e dois a Organização das Nações Unidas, na II Assembleia Internacional sobre o envelhecimento, reforça o conceito de Envelhecimento Activo com o objectivo de melhorar a expectativa de vida saudável, produtividade e qualidade de vida (OMS 2002).

Deste então a OMS tem vindo a promover o envelhecimento activo, como uma nova perspectiva do desenvolvimento social. Os objectivos são prevenir e minimizar o impacto das causas das principais doenças relacionadas com os estilos de vida. Como tal existe uma atenção particular para o consumo de álcool e tabaco, dieta e obesidade, actividade física, o stress, e os factores de natureza socioeconómica e violência domestica (Pinto 2006).

O envelhecimento activo tem como principais objectivos aumentar a expectativa de vida saudável garantindo a sua qualidade principalmente para aqueles que tenham alguma fragilidade, incapacidade ou necessitem de cuidados (OMS 2005).

As mudanças que vão ocorrendo devido ao envelhecimento afectam as capacidades funcionais dos idosos tornando-os mais frágeis e dependentes de cuidados de terceiros. Por estas razões, hoje em dia aposta-se cada vez mais nas medidas de um envelhecimento activo que visa criar hábitos de vida saudáveis e bem-estar, maior satisfação e qualidade de vida.

Este conceito de Envelhecimento Activo pretende dar uma concepção de velhice como sinonimo de vitalidade, produtividade, desmitificando o estereótipo da velhice associado à improdutividade e doença (Fernandes 2010).

Para Fonseca (2005), a promoção de um envelhecimento saudável e activo, determina a participação social do individuo em diversos factores nomeadamente na saúde, na educação, na segurança social, no trabalho, nos aspectos económicos, na justiça, no planeamento desenvolvimento rural e urbano, na habitação, nos transportes, no turismo, nas novas tecnologias, na cultura e nos valores que cada sociedade defende.

Um envelhecimento activo pretende aumentar a expectativa e a qualidade de vida dos idosos, principalmente os mais frágeis e fisicamente incapacitados. Refere-se ainda ao

envolvimento e participação contínua do indivíduo nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis (Ivo 2008).

Em Portugal, a idade da reforma está nos 65 anos e com esta termina um ciclo de vida activa, social e útil para muitos idosos. Segundo Imaginário (2008) esta nova fase não é acompanhada, nem preparada e os idosos são simplesmente dispensados. A visão actual que a sociedade tem da velhice acaba por desencadear ideias negativas, sobre esta.

Santos (2000) acrescenta que é essencial o idoso manter-se ocupado, para que o confronto com a reforma seja diminuído. O idoso precisa ser educado para a velhice, para o descanso e para desfrutar o tempo livre e manter relações familiares e de amizade.

O isolamento, a miséria, a inactividade, e a desvalorização podem ser factores de stress importantes que comprometem o equilíbrio físico e psíquico, por vezes frágil dos idosos (...) as pessoas idosas bem integradas no meio são capazes de adoptar uma atitude psicossocial positiva, isto é, reconhecer que fizeram bem aquilo que tinham a fazer, e de encarar com serenidade a proximidade do fim (Berger, citado em Imaginário, 2008).

O envelhecimento activo é um conjunto de atitudes e acções que tem como principais objectivos ajudar a prevenir e/ou retardar as dificuldades e problemas que o envelhecimento acarreta, permitindo uma melhor velhice com mais qualidade de vida.

Para um envelhecimento com qualidade implica que haja por parte dos idosos, a promoção do seu próprio bem-estar.

O idoso que mantenha um comportamento activo tem menos probabilidades de desenvolver desequilíbrios ao nível físico e psíquico. No seguimento desta ideia, Botelho (2005) e Simões (2005) citados em Soares (2011) consideram que para uma velhice bem-sucedida e saudável estão associadas o bem-estar e a felicidade.

Para que haja envelhecimento activo é necessário:

Proporcionar aos indivíduos idosos que o desejarem e solicitarem, novas formas de prolongar e enriquecer a actividade desenvolvida durante a idade adulta, bem como incentivar novos domínios e contextos em que essa actividade possa ser desenvolvida; “Chamar” as pessoas para a colectividade de que são membros (por exemplo através de actividades de voluntariado)”, despertando um sentimento de utilidade social, [...]; Estimular a criação e o aprofundamento de “unidades de parentesco” para além da família (amigos, vizinhos), que possam compensar a sua ausência, servir de suporte e limitar o risco de dependência, [...]; Promover a

ligação entre tempos livres e educação/ formação (usar os primeiros para realizar a segunda), apostando numa educação/formação da qual se retirem efeitos visíveis e que não sirva apenas para ocupar o tempo de um modo descomprometido; Evitar o isolamento e promover a ligação aos outros, dentro e fora da família, através da interacção da comunicação, da relação, preferencialmente intergeracional; Estimular o treino cognitivo (através da aprendizagem, da arte, da cultura, praticar actividade física e cuidar da saúde (física e mental) (Fonseca 2006 citado em Silva 2011).

Para um Envelhecimento Activo, é importante ter em conta todas as determinantes pessoais, sociais, comportamentais, económicas, o meio físico e os serviços sociais. Todos estes factores vão influenciar a forma como os indivíduos envelhecem, e devem de ser encarados como uma perspectiva do ciclo vital e que reconheça que as pessoas não são um grupo homogéneo e a diversidade individual aumenta com a idade (Fernandes 2010).

Ribeiro & Paul (2011:11) acrescentam que um envelhecimento bem-sucedido não depende apenas dos factores de sorte ou património genético mas essencialmente das acções e responsabilidades individuais.

Nos estudos de Jacob (2007) existem três áreas no envelhecimento activo da qual devemos de ter em consideração: a biológica, a intelectual e a emocional. O envelhecimento biológico pode ser adiado, no entanto é inevitável. É fundamental ter-se cuidados desde cedo adoptar ao longo da vida hábitos alimentares saudáveis, praticar exercício físico regularmente, moderar a exposição solar, e ter atenção aos sinais que o corpo dá, de forma agir-se atempadamente para colmatar desequilíbrios que possam surgir.

Na área intelectual é importante a estimulação da mente, como a memória, a atenção e o raciocínio através de exercícios como a leitura, fazer jogos intelectuais estimulantes, escrever, etc.

Ao nível emocional, nada resulta sem motivação esta é a base para que se tenha cuidado com a alimentação, manter-se hidratado e fazer exercício físico, no entanto sem motivação nada se consegue, devemos criar uma imagem positiva de nós próprios aceitando o eventual declínio físico que é inevitável com o avanço da idade.

Continuando com a perspectiva do mesmo autor Jacob & Fernandes (2011:7), para que um programa de envelhecimento activo com sucesso este deve “prevenir a doença e a

incapacidade associada à optimização do funcionamento psicológico e em especial do funcionamento cognitivo.”

Para colmatar estas falhas tem havido grandes preocupações na qualidade de vida dos gerentes, ou seja, viver mais e melhor. Neste sentido nasce o cuidado e interesse de estudar esta população, e o processo de envelhecimento com o intuito de criar melhor qualidade de vida e reduzir os efeitos negativos na saúde da idade adulta avançada.

O envelhecimento activo pretende dar a conhecer aos indivíduos o potencial do bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, que mantenham um papel activo na sociedade nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, e que continuem a contribuir activamente com a família e amigos (OMS 2002).

O principal objectivo do envelhecimento activo é aumentar a qualidade de vida dos idosos, com maior grau de autonomia e independência durante o maior tempo possível. Para isto é necessário a adopção de estilos de vida saudáveis por parte dos idosos. Estes cuidados não se devem ter apenas na velhice, mas sim ao longo da vida. Uma alimentação saudável, uma vida activa evitar o tabaco e o álcool, utilização correcta de medicamentos e a prática de actividades físicas permitem melhorar a qualidade de vida e aumentar a longevidade.

Os idosos não devem de ser vistos como seres inactivos, ou menos instruídos que as outras faixas etárias, como são por vezes consideradas um grupo à parte da sociedade (Rosa 2012:56).

Para se explicar as reacções negativas em relação aos idosos, Robert Butler em 1969 criou o termo “idadismo” (do inglês ageism) que se refere às atitudes, práticas negativas ou discriminação em relação a um determinado indivíduo por causa da sua idade (Marques 2011:17).

2- PROMOÇÃO DA SAÚDE NO IDOSO

2.1 – QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

A chegada à terceira idade traz consigo limitações sobre um corpo vivido. Já não se tem a mesma vitalidade, a rapidez dos movimentos e do raciocínio, a mesma coordenação motora da época da juventude. Há mais tempo disponível, mas os

idosos não sabem o que fazer com ele... acostumados a fazer, não sabem o que é ser... (Tessari 2002).

Segundo a OMS (2002) define QV na terceira idade como a manutenção da saúde no maior nível possível, em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual. Ou

O processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que se envelhece (que permita) que as pessoas desenvolvam o seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a sua vida e participe conforme as suas necessidades, desejos e capacidades. OMS (2002).

Como já foi dito anteriormente, o envelhecimento é um processo pelo qual o individuo se depara com diversas alterações físicas e psicológicas que dificultam o idoso no seu dia-a-dia e na sua rotina. Como tal torna-se importante promover a qualidade de vida nesta altura, para permitir ao idoso uma velhice com mais qualidade e com menos dificuldades.

O envelhecimento bem-sucedido deve-se principalmente às oportunidades educacionais, sociais e pela saúde física e mental e pelo estilo de vida do individuo (Neri, 2001). Também Paúl (1996) defende que o envelhecimento bem-sucedido deve-se “às atitudes, traços de personalidade, estados de humor, e mais ainda com o ambiente com que os indivíduos se desenvolveram e vivem, numa combinação única, que é a sua história de vida”.

O conceito de Qualidade de Vida tem vindo a ser estudado nos últimos vinte anos, de uma forma mais aprofundada, e está associado, à felicidade, qualidade de vida e velhice bem-sucedida (Simões 1992).

A qualidade de vida insere-se sobretudo em questões como a independência e autonomia dos idosos, na continuidade e conservação dos papéis e relações sociais, disponibilidade dos serviços de saúde e assistência das políticas sociais dirigidas aos idosos (Neri 2007).

A qualidade de vida depende da:

(...) preparação física, psicológica e social para a reforma, prolongando o período de actividade e capacidade para viver autónomo, minimizando as dificuldades e desconforto que as doenças crónicas possam provocar, a prevenção de um suporte

emocional à pessoa idosa e família assegurando menor stress físico e mental perante doenças termináveis (Coste 1993:33).

Sendo a velhice uma etapa associada a perdas familiares, debilidades físicas, é natural que exista um decréscimo da QV, a influência dos factores psicológicos e sociais determinam a qualidade do envelhecimento, sendo fundamental possuir estratégias para saber adaptar e lidar com as perdas que possam surgir com o passar dos anos.

Segundo Paul (2002:32), o envelhecimento bem-sucedido ocorre em idosos que mantêm projectos e objectivos, e tarefas sejam elas de ordem afectiva, física, cognitiva e que estes sejam cumpridos e realizados.

O importante é que o idoso permaneça ocupado, isto para minimizar o impacto da reforma. Ao permanecer activo o idoso abrandará a avanço do envelhecimento. O idoso necessita de ser educado para a velhice, aproveitar e desfrutar o tempo livre ao mesmo tempo que se deve divertir e manter relações de amizade (Santos 2000).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2004-2010 (DGS 2004), debruçou-se em três pilares fundamentais:

- I- Promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida;
- II- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- III- Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

A qualidade de vida do idoso está relacionada com os seus recursos biológicos, intelectuais, sociais, laborais, psicológicos, afectivos e económicos que foram acumulados durante toda a sua vida e que irão influenciar nesta fase (Fairman 2006:16)

Envelhecer com qualidade e bem-estar requer a construção de um projecto de vida por parte do idoso. Administrar as perdas e reavaliar os desejos e perspectivas em função das suas possibilidades. Manter a independência e um envolvimento activo com a sua vida pessoal, a familiar, com os amigos e com a sua vida social na produtividade e conservação dos papéis sociais (Newton 2010:81).

Fonseca (2005) vai mais longe ao afirmar que o envelhecimento com qualidade de vida só faz sentido se o indivíduo estiver integrando na sua vida actual e passada no seu contexto sociocultural.

A qualidade de vida na velhice

(...) é um constructo socio - psicológico e processual que reflecte formas socialmente valorizadas e continuamente emergentes da adaptação a condições de

vida culturalmente reconhecidas que a sociedade oferece aos seus idosos”, ou seja é “o resultado de um processo contínuo de mudança no indivíduo e numa unidade socio - cultural em que se desenrola a sua história pessoal (Azeredo 2002:180).

Palmeirão (2002:44) reforça a mesma opinião, aqueles que encaram a velhice de forma natural “e dão sentido à sua vida”, que se envolvem com a sociedade e o meio em que estão inseridos são mais felizes, e tem uma auto-imagem de si próprios mais positiva.

A qualidade de vida na terceira idade é como o próprio nome indica a promoção da actividade em pessoas mais velhas de forma a melhorar a sua vida a nível, social, psicológico e físico, tirando o maior partido desta etapa.

Uma boa saúde vai permitir ao idoso uma melhor qualidade de vida, e assim vai permitir que estes possam contribuir para a sociedade, pois para além de activos e saudáveis, mantem-se autónomos (Ivo 2008).

2.2- SAÚDE MENTAL

Sem saúde mental não há saúde. É a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade. É ela que contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades (Livro Verde 2005:4).

Definiu-se saúde mental como o equilíbrio psíquico que resulta da interacção do indivíduo com o meio envolvente e que lhe permite desenvolver todas as suas potencialidades humanas (Olcese 2001).

A saúde mental reflecte-se na restante saúde, 80% das doenças graves têm origem psicológica e no meio ambiente, e apenas 20% têm origem genética (Lima 2010).

Alves & Rodrigues (2010) definiram saúde mental como sendo um conceito:

Amplio, pelo que nem sempre é fácil a sua definição, e muito menos a identificação daquilo o que a determina, no entanto, da mesma forma que o conceito de “saúde” se refere a “um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, também a SM se refere a algo mais do que apenas a ausência de perturbação mental.

Para que haja saúde mental é necessário que o indivíduo tenha equilíbrio emocional, que consiga gerir as suas emoções e acções. A diminuição das capacidades

funcionais, o isolamento social, as depressões e as condições neuropsiquiátricas associadas às consequências do envelhecimento são factores de agravamento das doenças mentais (Livro Verde 2005:9). É preciso estar bem consigo próprio e com os outros, aceitar as mudanças sejam elas boas ou más.

A saúde Mental do idoso pode ser entendida como um equilíbrio resultante da interacção da pessoa com a realidade, meio que permite que a pessoa desenvolva as suas potencialidades face às suas necessidades humanas (Ballone & Moura 2006).

Para os idosos a principal necessidade é a chamada “Autonomia Funcional”, capacidade de valer-se de si mesmo e conseguir satisfazer as suas necessidades (Idem 2006).

Segundo a Organização Pan. Americana de Saúde, Opas/OMS, (2005) as medidas para manter as pessoas idosas saudáveis e activas, não é uma necessidade mas sim um luxo (Directrizes Assistenciais em S.M. 2008).

A saúde mental do idoso é influenciada por variados factores que vão da sua funcionalidade à vida social. Esta é composta por factores positivos: funções cognitivas, auto-estima, afectos positivos e auto-eficácia. E por factores negativos: depressão ansiedade e emoções relacionadas com stress (McAuley & Ruldoph 1995, citados em Okuna 1998).

A velhice está associada a uma fase complicada, na qual por vezes surgem distúrbios mentais nos idosos, estes devem-se a diversos factores muitas vezes ligados a perdas.

As perdas significativas das quais os idosos vivenciaram ao longo da sua vida contribuem para um declínio da saúde reduzindo o funcionamento cognitivo. Depois vem a entrada na reforma, o excesso de tempo livre, a viuvez, a solidão, a vulnerabilidade física e psicológica, a perda de autonomia e papéis sociais todos estes factores contribuem para a diminuição da auto-estima e podem fazer com que o idoso se sinta triste, levando a possíveis depressões.

A forma como o idoso vai enfrentar estas perdas dependerá dos seus recursos internos e da rede social de apoio (Gatto 1996 citado em Resende *et al* 2011).

Os transtornos mentais mais frequentes nas pessoas idosas são a ansiedade, a doença de Alzheimer, os transtornos psicóticos e a depressão (OMS 2001). Neste estudo optou-se por aprofundar a Doença de Alzheimer e depressão.

2.2.1-DOENÇA DE ALZHEIMER

A Demência de Alzheimer deve o seu nome ao médico alemão Alois Alzheimer e pertence ao grupo das demências degenerativas. É um dos tipos de demência mais frequente entre a população mais velha (Fontaine 2000).

Prevê-se que actualmente em todo mundo exista entre 17 e 25 milhões de pessoas com Alzheimer em todo mundo e já é considerada a terceira causa de morte nos países desenvolvidos (Ballone 2011).

O Alzheimer é uma doença progressiva que acontece devido à morte dos neurónios, provocando uma perda gradual das capacidades mentais e práticas do dia-a-dia. Os primeiros sinais são o esquecimento, e a falta de noção do tempo. Esta doença não afecta apenas a memória, mas também as capacidades cognitivas, comunicação o comportamento social e as actividades quotidianas básicas.

Em relação às capacidades cognitivas, surgem as dificuldades na aprendizagem de coisas novas, em programar planos e tomar decisões. O doente perde a percepção do tempo e do espaço.

Na comunicação dos doentes surgem as dificuldades no discursos em encontrar as palavras certas para se referirem a objectos ou acções. Embora ainda consigam falar, a fala deixa de ser compreensível pelos outros, dificultando a conversa com estas pessoas.

Nas actividades quotidianas básicas, o doente de alzheimer, apresenta dificuldades na sua higiene diária e nas actividades domésticas.

Como foi referido anteriormente os doentes de alzheimer tem dificuldades na comunicação e compreensão do que lhes é dito, como tal o doente deixa de comunicar de forma activa, comprometendo o seu comportamento social que é afectado, sofrendo alterações da sua personalidade e do comportamento interpessoal os doentes tornam-se apáticos reagindo por vezes de forma agressiva (Informação retirada da brochura informativa para doentes e familiares de alzheimer).

O Alzheimer é uma doença degenerativa, que causa um declínio progressivo nas funções cognitivas ligadas à percepção, aprendizagem, memória, raciocínio, e funcionamento psicomotor (Moraes 2007). Smeltzer & Bare (2005) acrescentam ainda que o Alzheimer caracteriza-se por distúrbios do comportamento e afecto.

Segundo Zimmerman (2000:104-113),

O Alzheimer trata-se de uma doença neurológica degenerativa, lenta e progressiva, que costuma manifestar-se após os 50 anos. A pessoa afectada por esta doença

apresenta grandes dificuldades em memorizar, decidir, agir, locomover-se, comunicar-se e alimentar-se até atingir o estado vegetativo.

As principais causas associadas ao surgimento da doença de Alzheimer são: a idade, histórico familiar com doença de Alzheimer, Trissomia XXI, doença de Parkinson, nas mulheres após a menopausa, baixo nível educacional, histórico depressivo, hipertensão e hipercolesterolemia (colesterol alto) (Brasil 2006 citado em Directrizes de Assistência de S.M. 2008).

No início da doença o idoso apresenta uma leve perda de memória, surgem algumas dificuldades de raciocínio matemático simples e lembranças quotidianas. Posteriormente surgem momentos de desorientação, dificuldade em tomar decisões e dificuldade no pragmatismo de manter uma conversa.

Para o Diagnostico da DA, tem que se avaliar também a linguagem a capacidade cognitiva, laboral, pragmática e social.

Vaz Serra, Ribeiro, Marques-Teixeira & Lourenço (2001) defendem a existência de quatro fases da Doença de Alzheimer.

Na primeira fase- Ligeira, inicia-se pelos primeiros défices amnésicos que dificultam novas aprendizagens (memória anterógrada afectada) (Vaz Serra *et al.* 2001). Verificam-se dificuldades de nomeação, pessoas ou objectos, défices da linguagem (a fala perde fluência), ausência da capacidade de pensamento abstracto, dificuldade na capacidade de resolução de problemas, diminuição da capacidade para lidar com situações difíceis, alterações na personalidade, (o indivíduo deprime, apesar de começar a adoptar uma atitude de negação face ao seu estado), isolamento social e baixa consciência da doença (Vaz Serra *et al.* 2001).

A segunda fase- Moderada, agravamento das alterações amnésicas e cognitivas. O doente começa a ter comportamentos estranhos, e diminuição acentuada da capacidade de juízo (Vaz Serra *et al.* 2001). Começa a surgir as primeiras desorientações espaciais e temporais, que dificultam a realização das actividades diárias.

Na terceira fase- Grave, incapacidade para reconhecer membros da família e incapacidade para executar actividades diárias básicas (Vaz Serra *et al.* 2001), problemas de continência e controlo das funções excretórias, incapacidade da realização da higiene diária, dificuldades em vestir-se e deslocar-se mesmo dentro de casa (Barreto 2005).

Última fase- Muito Grave, perda de todas as capacidades: função da linguagem, perda da coordenação motora; e perda de todas as funções mnésicas (Vaz Serra *et al.* 2001).

O doente passa acamado torna-se totalmente passivo e raras vezes dá sinal de reconhecer o que o rodeia (Vaz Serra *et al.* 2001).

Nas Mudanças físicas, verifica-se por vezes perda de peso, mesmo que o doente mantenha uma alimentação saudável e redução da massa muscular (Medeiros, Lima & Virgílio 2010).

2.2.2-DEPRESSÃO

O termo depressão pode abranger significados muito diferentes: uma doença psíquica, um sintoma, uma síndrome, um estado afectivo equivalente a tristeza ou melancolia. (...) Ansiedade, angustia, preocupação, sentimentos de culpa, sentimentos de infelicidade, redução de actividade, etc. (...) manifesta-se por uma diminuição das capacidades cognitivas, afectivas e motivacionais, dificuldades de concentração, perda de gosto pela vida (risco de suicídio), diminuição da auto-estima, isolamento, problemas cardíacos e gastrointestinais, perturbações do sono, perda de apetite, imobilidade (ficar na cama). *Fontaine, (2000); Stuart- Hamilton, (2002) citados em Silva, (2011).*

Embora a depressão seja considerada um problema que pode afectar pessoas de todas as idades é nas idades mais avançadas que ela atinge os maiores índices de morbilidade e mortalidade (Martins 2008).

Como já foi referido anteriormente o ser humano vai sofrendo perdas ao longo da sua vida, e na fase da velhice as perdas acentuam-se. Ballone (2002), citado em Martins, (2008) as perdas despertam sentimentos de desânimo e tristeza que muitas vezes resultam em síndromes depressivas. Também Oliveira (2010:96) menciona que devido às perdas físicas e psicossociais na velhice contribuem para estados depressivos.

Roach (2001) citado em Cornélio (2009) refere que a “perda é um dos principais factores de risco que ocasionam a depressão nos idosos. A perda de um companheiro, de amigos ou das capacidades funcionais; ou qualquer outra perda de vivência pelos idosos pode resultar numa crise de Depressão.”

Para Oliveira, Gomes & Oliveira (2006) a depressão é uma doença psiquiátrica bastante comum na população mais velha que afecta a sua qualidade de vida podendo

levar ao suicídio em alguns casos. Verifica-se nos doentes depressivos insatisfação em tudo o que lhes é oferecido, havendo um corte com os seus estilos de vida e redução a nível socioeconómico quando impossibilitados de trabalhar.

A depressão é caracterizada por Batistoni (2005) citado em Azevedo (2009), como uma síndrome psiquiátrica em que os principais sintomas afectados são o humor, a perda de interesse e prazer na realização de actividades.

A depressão nesta fase tem diversas repercussões não só a nível social mas também individual uma vez que afecta o convívio social e impedindo o idoso de ter uma vida satisfatória (Azevedo 2009:13).

Alguns fundamentos confirmam que a depressão nesta fase é diferente que nas outras faixas etárias. Nos idosos a depressão apresenta-se com sintomas somáticos ou hipocondríacos para além de haver menos antecedentes familiares. No entanto a única diferença são as circunstâncias da idade, o idoso está associado a uma situação de perdas continuadas, menor suporte sociofamiliar, perda de estatuto ocupacional e económico, declínio físico (Ballone & Moura 2006).

A depressão pode ser verificada através de uma diminuição de capacidades cognitivas afectivas e emocionais, dificuldades na concentração, podem surgir episódios de suicídio, devido à perda de interesse pela vida, baixa auto-estima e isolamento. Surgem ainda problemas cardíacos e gastrointestinais, perturbações no sono e perda de apetite (Oliveira 2010).

A depressão nesta fase depende da interacção dos factores ambientais, constitucionais, biológicos e do suporte social. Os primeiro resultam das perdas e limitações. Os factores constitucionais devem-se à genética ou à personalidade do individuo marcante de ansiedade. A biológica deve-se às doenças físicas que resultam em incapacitação. Por fim os factores sociais devem-se sobre tudo à perda de espaço ocupacional, diminuição do rendimento e isolamento (Ballone & Moura 2006).

Também Fontaine (2000:160) refere as principais características dos doentes depressivos:

(...) elas são apáticas, desmotivadas e sensíveis unicamente aos factos negativos da vida, o que lhes cria um feed - back de reforço do seu estado. Elas estão frequentemente possuídas por ideias suicidas, por vezes com passagem ao acto. Os sintomas são então os seguintes; insónia, letargia, anorexia, isolamento social, forte degradação da auto-estima e sentimento de externalidade.

Marques & Col (1989) citados em Fernandes (2000) enumeram três determinantes do surgimento da depressão em idosos.

Determinantes ambientais, o isolamento e falta de convívio social, ausência de trabalho, morte do cônjuge, desvalorização social e profissional; determinantes genéticos predisponentes na depressão em idade avançada e por fim determinantes orgânicos, referem-se à variedade de doenças orgânicas que podem expor sintomas dessa natureza.

Em muitos casos a depressão afecta o funcionamento cognitivo, sendo verificados perturbações na memória.

Spitzer (1982) citado em Ballone & Moura (2006) elucidam que a presença de pelo menos quatro dos seguintes sintomas indica a presença de depressão:

- Aumento ou diminuição do apetite;
- Aumento ou diminuição do sono;
- Diminuição de energia;
- Sensação contínua de fadiga ou cansaço;
- Perda de interesse;
- Perda de prazer nas relações sociais;
- Perda de prazer nas actividades quotidianas;
- Sentimento de reprovação ou culpa de si mesmo;
- Lentidão ou agitação psicomotora;
- Queixas ou evidência de diminuição na capacidade de concentração.

Beck *et al* (1997) citados em Azevedo (2009:10) acrescentam ainda como factores desenvolvimento da Depressão, histórico familiar de depressão e alcoolismo, eventos negativos e recentes da vida, ausência de relacionamentos e de confiança.

As sucessivas perdas a que os idosos são alvos, “a diminuição do suporte sociofamiliar, perda do status ocupacional e económico, declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente”, contribuem para sentimentos de desânimo e tristeza que por vezes resultam em síndromes depressivos (Ballone 2002 citado em Martins 2008).

Continuando ainda com os mesmos autores, estes referem três tipos de Depressão.

Depressão relacionada ao Luto: O luto é descrito como um evento stressante da vida quotidiana, sendo considerado um factor de risco para o desencadeamento de transtornos de ansiedade.

Pseudodemência Depressiva: A presença da depressão pode afectar a cognição e a motivação para a memória. O *deficit* mnésico produzido pela depressão pode ser confundido com a demência. Alguns pacientes diagnosticados com depressão algum tempo mais tarde apresentam sinais de demência. O benefício de diagnosticar a Pseudodemência Depressiva é poder minimizar o prejuízo da depressão e depois poder tratar a demência

Depressão por Razões Circulatórias: as circunstâncias inerentes ao envelhecimento o stresse, a negligência em fazer exames médicos são algumas das barreiras para o diagnóstico da depressão de início tardio. Os estudos sobre a depressão inclui também como factores de risco a hipertensão arterial e as doenças coronárias, estes factores irão acompanhar os factores psicológicos, percepção negativa do envelhecimento e factores genéticos, todos estes factores aumentam a vulnerabilidade para a depressão.

2.3-SAÚDE FÍSICA

O envelhecimento é um processo ou um conjunto de processos próprios de todos os seres vivos, que se manifesta através da perda das suas capacidades e diminuição das suas funcionalidades, surgindo assim alterações físicas e fisiológicas (Matsudo 1995 citado em Faria & Marinho, 2004).

Para reforçar melhor o conceito do envelhecimento, Barata (2012:191) considera que:

O envelhecimento caracteriza-se por um conjunto de processos involutivos e degenerativos que se repercutem nos diversos sistemas e órgãos do corpo, originando a manifestação de doenças e a perda progressiva de capacidades diversas, desde as intelectuais e outras do foro neuro psíquico, até às capacidades físicas. A velocidade, a massa muscular, a massa óssea, e o metabolismo em repouso são as que mais declinam com a idade. A perda de faculdades psicomotoras que envolvem a coordenação gestual, o equilíbrio e os automatismos motores é acentuada com a idade e é importante na origem das quedas que afectam particularmente este grupo etário, com as habituais graves consequências (fracturas) que se conhecem.

Com o avançar da idade, o aparecimento de doenças cardiovasculares, a obesidade, hipertensão, a diabetes *millitus* e a perda de mobilidade, o idoso perde algumas das suas capacidades tornando-se complicado para este executar algumas tarefas

do dia-a-dia, tornando-se dependente de terceiros. A prática de actividade física regular é essencial para qualquer pessoa, mas para o idoso é muito mais, uma vez que esta pode melhorar a qualidade de vida, e precaver algumas doenças que surgem nesta altura, para além de proporcionar alegria e bem-estar físico e psicológico.

Infelizmente grande parte dos idosos leva uma vida sedentária, principalmente as populações com baixa renda, minorias étnicas e pessoas idosas com deficiência. Deveriam de ser criados programas de reabilitação física para estimular os idosos e torna-los mais activos, recuperarem alguma mobilidade e garantir melhorias na sua saúde física (OMS 2002).

2.3.1— PRATICA E BENEFÍCIOS DA ACTIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS

Actualmente fala-se muito de actividade física envolvendo pessoas de terceira idade; nos últimos anos, houve um claro aumento de praticantes, e os grupos de actividades física de pessoas dessa faixa etária foram crescendo paralelamente, melhorou o nível e a qualidade pratica e o idoso esta sendo educado a adoptar uma atitude positiva em relação a esse tipo de actividade. Cada vez mais, os idosos têm a necessidade preencher seu tempo livre, de realizar actividades gratificantes, a actividade física sendo uma delas. (Geis, 2003:65).

É do nosso conhecimento que a actividade física está associada a benefícios na área psíquica, física e social, manter o bem-estar e prevenir doenças de qualquer faixa etária. Com o envelhecimento ocorrem alterações físicas, como já foi referido anteriormente. A diminuição da aptidão física e falta de bem-estar funcional, estão nas principais causas de morbilidade entre os idosos, bem como o decréscimo da força e da massa muscular que são as principais responsáveis pelas quedas dos idosos (Monteiro & Sobral Filho 2004).

Devido à diminuição das capacidades físicas (força, equilíbrio, resistência e velocidade) o idoso verifica uma maior dificuldade na realização das tarefas diárias, que pode estar relacionado com a falta de actividades física no entanto nesta faixa etária é preciso ter em consideração a qualidade ao invés da quantidade.

Os idosos não necessitam de uma actividade física de grande intensidade, é preferível de pouca intensidade para já se obterem resultados satisfatórios.

A baixa aptidão física e falta de bem-estar funcional estão entre as causas de mortalidade e morbilidade dos idosos (Freitas *et al* 2002).

A actividade torna-se numa mais-valia segundo Okuma (1998) principalmente quando “regular e sistemática aumenta ou mantém aptidão física dos idosos e tem o potencial de melhorar o bem-estar funcional e, conseqüentemente diminuir a taxa de morbilidade e mortalidade entre a população idosa”.

Através da prática da actividade física o idoso melhora a sua aptidão física, o equilíbrio, a coordenação, a resistência e a flexibilidade que facilita os movimentos, aumentando a expectativa e qualidade de vida bem como a sua independência. Cardoso (2002) acredita que os programas de actividade física beneficiam os idosos ao nível fisiológico, social e psicológico, melhorando a qualidade de vida e bem-estar.

Silva & Oliveira (2008) categorizam os efeitos fisiológicos podendo estes exercícios físicos serem classificados em agudos imediatos, agudos tardios e crónicos. Os primeiros são os que acontecem no momento do exercício, como aumento da frequência cardíaca e da ventilação pulmonar. Nos efeitos agudos tardios verifica-se que após a sessão de actividade física acontecer nas primeiras 24 a 48 horas, tensão arterial reduz, especialmente dos hipertensos. Os efeitos crónicos resultam na frequência de exercícios e verifica-se a hipertrofia muscular.

Nunes (1999) confirma que a actividade física regular é benéfica para o idoso, podendo melhorar a sua qualidade de vida e reduzir a sua perda de autonomia. Alguns estudos referem que a actividade física moderada pode atrasar o envelhecimento.

Para além dos benefícios físicos, actividade física melhora também a saúde mental, pois esta permite o convívio, reduzindo os sentimentos de solidão e exclusão.

Os benefícios da prática de actividade são diversos, no entanto deve-se de ter em conta o quadro clínico do indivíduo, a sua história, o seu bem-estar físico, psíquico e social.

Cada um deve praticar a actividade que lhe seja mais agradável e que o motive (Spirduso 1995).

Quando se fala de actividade física na terceira idade deve-se de ter em conta as necessidades e limitações do idoso, pois o objectivo é proporcionar benefícios na saúde e não provocar riscos.

Para indicar um exercício físico para um idoso é necessário ter em conta: o prazer em realizar actividade, as necessidades e limitações físicas e pessoais. Em relação ao treino para idosos é importante que estes treinem a força, flexibilidade, mobilidade e o equilíbrio, este tipo de exercícios pretendem melhorar a sua qualidade de vida e evitar medicação ou recursos externos (Freitas *et al* 2002).

Os exercícios físicos de intensidade moderada são benéficos para a redução da morbidade e mortalidade, da doença coronária, controle da pressão arterial, da glicemia, do colesterol e do controlo de peso.

Caminhar todos os dias, de preferência ao ar livre, numa média de trinta a quarenta e cinco minutos é uma das melhores formas de praticar exercício, dependendo da duração e do ritmo da marcha do estado física de cada pessoa. Fazer exercícios diários, de pé ou deitado, é também muito útil e eficaz, assim como o é nadar ou dançar. Além de estímulos físicos, estas actividades constituem-se num estímulo mental, ajudam a contrariar os efeitos do tempo no organismo e a combater o isolamento e a solidão. O mais importante, contudo, é a motivação por isso o exercício escolhido deve revelar-se interessante e adequado à condição física de cada idoso (Cunha, 2009:104).

Com o avançar da idade as pessoas tem tendência a movimentarem-se menos e a reduzir os seus níveis de actividade física (Berger & McInnam, 1993).

A inactividade física está associada a problemas músculo - esquelético que afectam negativamente as actividades funcionais do idoso (Lima 2003).

Com o passar dos anos o corpo modifica, “a flexibilidade, a resistência e a mobilidade ressentem-se com o progredir dos anos e deixa-se por conseguinte, de ter o vigor de outrora “ (Cunha, 2009:104).

Para Matsudo (2000) os efeitos benéficos da actividade física são os benefícios ao nível psicológico, melhoramento do autoconceito, auto-estima, imagem corporal, diminuição do stress e da ansiedade, da tensão muscular e da insónia, diminuição do consumo de medicamentos, melhoria das funções cognitivas e a socialização.

Chodzko-Zajko (1997); Cruz *et al* (1996) citado em Lhano, Mans & Oliveira (1996) no domínio psicológico o exercício físico, favorece o relaxamento, evita a depressão e melhora o estado de humor ao mesmo tempo que aumenta a confiança e satisfação pela vida proporcionando novas aprendizagens.

Carvalho (1999) reforça a ideia que a actividade física na terceira idade é um meio de interacção social, de convívio, melhoria da sua relação com os outros diminuindo a solidão e o isolamento.

Tendo em conta os benefícios já mencionados anteriormente Berger *et al* (2007) citado em Fernandes *et al* (2009) a prática de actividade física em adultos de idade avançada está ainda associada à melhoria de qualidade de sono, para além de

proporcionar um padrão de indicadores fisiológicos mais saudáveis (consumo máximo de oxigénio, tensão arterial, peso).

Também Freitas *et al* (2002) reforça os diversos benefícios da actividade física, a satisfação pessoal, a interacção social e responsabilidade social, o compromisso e o aumento da auto-estima e sentimento de satisfação.

A crescente esperança de vida a nível mundial fez com que as doenças consideradas do envelhecimento provoquem à pessoa idosa, sentimentos de vazio social, dependências (familiar, económica, social, politica) e de exclusão social.

O idoso com o avançar da idade, adquire perturbações ligadas às dificuldades de locomoção e a somatognosia delapida-se gradativamente. As perturbações da psicomotricidade dos membros inferiores causam inúmeros sofrimentos ao idoso, contribuindo significadamente para a estigmatização, o isolamento e a exclusão social, levando-o à tristeza e depressão. Deprimido, aliena-se de tudo o que o rodeia, terminando na sua morte por isolamento familiar, espacial e sociocultural. (Pereira e Lopes 2009:182).

O idoso deve de evitar o sedentarismo e adoptar hábitos saudáveis e uma vida activa.

A inactividade física na fase adulta avançada tem resultados devastadores para o corpo do idoso.

O corpo, como já referimos, tal como uma máquina precisa de manutenção para não enferrujar ou emperrar. Precisa de cuidados para não deixar de funcionar e é isso que o exercício físico pode proporcionar, ao aumentar a força muscular, melhorar a coordenação motora e estimular o desempenho cardiovascular (Cunha, 2009:104).

2.4- LAZER E OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES NA TERCEIRA IDADE

(...) na terceira idade não está em dar anos à vida, mas sim em poder dar vida aos anos. Está em contribuir para a alegria de viver, devido ao facto de possibilitar a estabilidade de saúde, manutenção de condição física, contacto e comunicação com outras pessoas, independência e autonomia na resolução das tarefas quotidianas. Está em ajudar a alimentar a sensação agradável de não constituir um fardo para os outros, combater a tendência para atitudes e comportamentos de isolamentos e de refúgio, em manter bem vivo o desejo e a apetência de viver a vida plenamente até ao fim dos seus dias (Bento 1991).

Com a idade da reforma ocorrem várias rupturas sociais, termina a vida profissional activa, havendo um corte com os colegas e amigos do trabalho, por vezes surge uma perda financeira que se agrava com a perda de amigos de longa data ou em alguns casos do cônjuge. Desta forma os idosos passam por uma alteração de papéis e é necessário que haja uma nova forma de estes estabelecerem maneiras de passar o tempo. A ocupação de tempos livres para idosos, pode ir desde actividades físicas, expressão plástica, passeios, actividades intergeracionais, artesanato entre outras.

Neto (1993:19) define tempo livre como “ O tempo disponível após o cumprimento das obrigações produtivas diárias, e do atendimento das necessidades fisiológicas e sociais.”

Enquanto alguns idosos encaram o envelhecimento como um período vazio, sem valor, inútil, outros por sua vez encaram o envelhecimento como tempo de liberdade, corte com compromissos profissionais e de se fazer aquilo que não se teve tempo de fazer (Ferrari 2002)

Também Valente (2010:11) vem reforçar a mesma opinião de Ferrari, muitos idosos vem a reforma como um tempo de fazer aquilo que deixaram de lado devido às obrigações muitas delas profissionais e falta de tempo.

Para Fonseca (2005), a necessidade de ocupar os tempos livres deve de ser feito de forma comprometida, com objectivos de promover a ligação dos tempos livres e aprendizagem das quais surjam resultados positivos. Promovendo actividades e projectos consoante os interesses de cada um. A intervenção na terceira idade deve de ser activa (acesso e participação em actividades), e não passiva, como tem sido (idoso atendido e cuidado) (Silva 2011).

É cada vez mais importante a estimulação, “criar meios de manter a mente, as emoções, as comunicações e os relacionamentos em actividades ” é a melhor forma de diminuir os efeitos negativos do envelhecimento (Zimerman 2000:133).

Por sua vez, ao contrário do que se pensava algum tempo atrás, para Rodrigues (2002) hoje em dia aposentadoria deixa de ser um momento de descanso e torna-se um período de realização de actividades de lazer. O lazer torna-se numa possibilidade de manter uma vida activa.

É cada vez mais importante incentivar os idosos e proporcionar actividades de recreação e lazer que são cada vez mais encaradas com estratégias de redução de isolamentos e de inserção do idoso no meio social, no desenvolvimento de novas

habilidades que visam melhorar a auto-estima e o estado de saúde do idoso (Feliciano *et al* 2004).

Silva (2011) citado em Campos (2013) na discussão deste tema, concluíram que os idosos hoje em dia têm outro tipo de necessidades, como lazer, cultural, encarar a velhice como algo positivo, alegre, saudável, activa, independente e associada à “arte de bem viver.”

Os programas para a “terceira idade” procuram através do lazer, proporcionar um envelhecimento activo, participativo e autónomo. Desta forma as actividades de lazer pretendem criar espaços de aprendizagem e de reflexão (Teixeira 2007).

As actividades de lazer e recreação para idosos, devem promover a capacidade de adaptação de novos estímulos, aumentar a capacidade criativa, proporcionar maior integração e participação social. Melhorar a saúde mental e física e potenciar confiança e auto - controlo e satisfação com a vida (Silva 2001 citado em Abreu 2008).

Em suma, as actividades de lazer devem ser escolhidas de forma livre e espontânea pelos idosos, pois devem proporcionar prazer. Deve-se para isto criar “políticas” que beneficiem os idosos nas áreas da cultura, lazer desporto e educação tendo como objectivo a promoção da cidadania na terceira idade e assim promover uma velhice bem-sucedida (Martins 2010).

O interesse por actividades físicas, sociais e cognitivas pretendem evitar o tédio e a inactividade ao mesmo tempo que garantem o equilíbrio físico, mental e saúde psíquica a fim de obter mais satisfação de vida.

Freitas (2011:46) acrescenta que o tempo livre dos idosos é determinado pelas escolhas e tipos de actividades que fazem parte do seu quotidiano. Fonseca (2005) clarifica melhor a ideia ao considerar que o tempo que agora é mais livre é ocupado com actividades e interesses que faziam parte do passado. Para além disso o tempo deve de ser ocupado com objectivos de aprendizagem/ formação.

A forma como vão gerir o seu tempo social está ligada ao tipo de sociedade em que viveram. Estes idosos podem ter passado por valores rígidos, poucos diálogos e poucas manifestações de afecto e poucos direitos (Rezende 2008).

O progressivo aumento de idosos na nossa sociedade levou à criação de respostas às necessidades destes, através da prestação de serviços que envolvam os idosos em actividades desportivas, sociais, culturais e lazer que tendem a agradar e estejam ao alcance de todos.

No entanto o tempo livre dos idosos não é ocupado com actividades de Lazer, segundo Cunha (2009) citado em Silva (2011), o Lazer:

(...) constitui uma forma culta de exercício necessário que oferece ao indivíduo, desde a infância até à terceira idade ajuda para aprender, desenvolver, tolerar as trocas individuais e sociais. (...) na sua forma ideal, seria um instrumento de promoção social, servindo para ajudar no cessamento da alienação do trabalho, promovendo a integração nos indivíduos livremente no seu contexto social, onde este meio promovesse o desenvolvimento das suas capacidades criativas, críticas e transformadores e proporciona-se no ser humano momentos de bem-estar físico e emocional.

O poder político deve preocupar-se com uma política que priorize a estimulação dos benefícios do lazer na vida do idoso nos segmentos da cultura, lazer, desporto e educação, que tenham como principal objectivo a promoção da cidadania da terceira idade e maior integração entre os idosos, através do descobrimento de novas formas de satisfação de vida. A criação de projectos para a terceira idade, tem como principais objectivos criar condições para promover a autonomia, a integração e participação efectiva na sociedade (Dias & Schwartz 2005).

Com o término da vida profissional, a chegada da reforma o tempo livre dos idosos aumenta, quando este “tempo livre”, “(...) não é preenchido de forma útil leva o indivíduo a uma sensação de solidão, a sentir-se deprimido e até a rejeitar essa situação. Acontece contudo, que num tempo em que se vive, mas não se convive” (Geis 2003 citado em Cunha 2009:93). Este tempo deve de ser “liberto”, e utilizado pelo idoso para o seu desenvolvimento pessoal e social (Cunha 2009:81).

A importância do envelhecimento activo leva à criação de ofertas que visam dar respostas a estas necessidades. Embora haja um leque cada vez mais variado é fundamental que estas vão de encontro às necessidades dos idosos.

Fernandes (2010) enumera algumas áreas de actividades que podem ser benéficas para os idosos, sendo elas as actividades lúdicas, físicas, manuais, intelectuais, artísticas, convívios intergeracionais, passeios e as novas tecnologias.

Apesar dos benefícios que os tempos livres com actividades, deve-se de ter em atenção que existem por vezes dificuldades devido às capacidades físicas e psicológicas, o luto, e a falta de segurança que podem levar o idoso a ter uma participação pouco activa. “As dificuldades financeiras dos idosos, as condições precárias de saúde e a perda gradual

do hábito de lazer externo, são alguns dos impedimentos para esta prática.” (Dias & Schwartz 2005).

3 – RESPOSTA SOCIAIS PARA IDOSOS

O Decreto de lei 64/2007, de 14 de Março, as principais respostas que os idosos necessitam, tem a ver com a saúde (hospitais, hospitais de retaguarda ou geriátricas, apoio domiciliário integrado) e equipamentos de cariz social (lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, etc.) (Silva 2011).

A OMS e a Direcção Geral de Saúde juntamente com o Ministério da Saúde têm vindo a criar um conjunto de políticas sociais e programas integrados de apoio permanente à população idosa. Distinguindo-se o *Programa de Apoio Integrado a Idosos* (PAII), o *Programa Idosos em Lar* (PILAR) e o *Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social* (PAIPS), todos eles definidos pelo Ministério da Saúde em parceria com a Direcção Geral de Saúde (Carvalho & Dias 2011).

Para dar resposta às necessidades dos idosos, muitas vezes devido à ausência de uma rede de apoio familiar o Estado tem vindo a trabalhar no sentido de aumentar as respostas sociais direccionadas para os idosos. Estas respostas são reconhecidas pela Segurança Social desde que cumpram as exigências emanadas pelo Decreto-lei onde se incluem: Centro de Dia, Centro de Noite; Lar de Apoio; Lar de Idosos; Lar Residência; Residência para Idosos; Serviço de Apoio Domiciliário (Silva 2011).

Em 1976, a declaração da política da terceira idade, alterou de forma a dar resposta ao envelhecimento do país. O estado tem tentado substituir os tradicionais asilos por lares residenciais e outras respostas para idosos. Entre 1998 e 2008 verificou-se um aumento de 51, 1 % de respostas sociais (Marques 2011).

O fenómeno do envelhecimento tem vindo a reestruturar os sistemas de reforma e no aumento das instituições de apoio à velhice mostrando uma preocupação e adaptação social (Carvalho & Dias 2011). Dias & Schwartz (2005) citado nos mesmos autores, sublinham que os esforços que se tem vindo a fazer para melhorar as condições de vida dos idosos tem contribuído para tornar os idosos economicamente dependentes e com uma melhoria na categoria social.

Sequeira (2010) garante que devido ao aumento da longevidade que se tem vindo a verificar nos últimos tempos a sociedade é deparada com novos desafios entre os

quais a saúde e a prestação de cuidados. Em relação à saúde, esta integra um *recurso adaptativo e essencial* para um envelhecimento normal, no caso da prestação de cuidados, com o avançar da idade maior risco de doenças, que originará uma maior dependência por parte dos idosos no qual necessita de maior prestação de cuidados formais e informais.

O conceito de família foi-se alterando ao longo do tempo, enquanto alguns anos atrás a família dava apoio a nível social, afectivo e económico, hoje em dia torna-se cada vez mais difícil manter e tomar conta de um idoso em casa, sendo necessário a criação de respostas para esta população.

3.1 - CENTROS DE DIA

O centro de dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamentos, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar (Bonfim & Saraiva, 1996).

Algum tempo atrás, era da responsabilidade da família tratar dos seus idosos, no entanto com as alterações que se têm vindo a verificar a nível social (famílias menos numerosas, inserção da mulher no mercado de trabalho) existe maior dificuldade para as famílias cuidarem dos seus idosos. Como tal transferem a responsabilidade para o Estado ou Instituições privadas.

As modificações político-sociais, e o aumento da procura de serviços de apoio a idosos alargaram as redes de estruturas de apoio. Assiste-se à emergência da acção social exercida por Instituições Particulares da Solidariedade Social (IPSS), ou outras cuja base de sustentação é exercida pelo estado (Neves 1998 citado em Martins 2006).

Para Paúl (1991:21-26) o idoso ingressa numa instituição devido à crescente incapacidade funcional ou devido a problemas graves de saúde, a escassez de recursos económicos ou perda do cônjuge ou até da própria casa. Osorio (2007) acrescenta ainda que muitos idosos preferem e sentem-se mais satisfeitos a viver no meio familiar e junto dos amigos e vizinhos onde sempre viveram.

O internamento definitivo da pessoa idosa (lares/asilos) foi durante muito tempo a única resposta de apoio a idosos (Pimentel 2005). Hoje em dia já existem mais serviços de apoio a idosos (centros de dia, centros de noite, apoio domiciliário), que

permitem que este continue no seu lar enquanto tenha condições físicas e psíquicas, dando apoio e auxílio aos idosos.

Arrazola (2003) citado em Cid & Dapía (2007) defendem que o Centro de Dia é um recurso social de utilização diurna que surge como alternativa à institucionalização permanente, concebido para utentes com algum grau de deficiência física ou psíquica.

Os centros de dia surgem como um “intermédio” dos serviços já existentes, os cuidados domiciliários e dos cuidados residências (Arrarola *et al* 2003). Ou seja, um apoio familiar às necessidades básicas, terapêuticas e socioculturais dos idosos, promovendo a sua autonomia e a permanência em contexto domiciliário uma vez que o idoso só permanece durante o dia na instituição (Sancho 1996).

Para Sannino (1999), citado em Arrazola (2003), o centro de dia associado ou não por outras estruturas de apoio a pessoas idosas constituem uma alternativa ou transição ao internamento definitivo.

As principais razões que levam os idosos a procurarem os centros dia, são inicialmente por motivos de saúde, estas instituições disponibilizam o acompanhamento e atenção em regime diurno a um preço baixo. Em segundo lugar por motivos emocionais, muitas pessoas vivem sozinhas, e a inserção nestas estruturas permitem contactos sociais e integração. Por motivos familiares, quando as famílias têm dificuldades em cuidar dos idosos, seja por razões de saúde, de trabalho ou sobrecarga. O autor refere ainda que por vezes a família utiliza o centro de dia como passo prévio ao internamento definitivo. Em quarto lugar por motivos económicos, uma vez que o centro de dia cobre as necessidades básicas diárias (Benet 2003).

Um dos objectivos do centro de dia é proporcionar uma alimentação cuidada variável e saudável. Com o avançar da idade surgem algumas doenças e através de uma boa alimentação pode-se prevenir e controlar o aparecimento da diabetes, hipertensão arterial, anemia e controlo da obesidade. Uma alimentação correcta tem grande influência na saúde física, psicológica e no bem-estar do idoso.

O centro de Dia para idosos dependentes é um recurso social intermédio que se define como centro gerontológico sócio terapêutico e de apoio à família que durante o dia presta atenção às necessidades básicas, terapêuticas e sociais da pessoa idosa dependentes promovendo a sua autonomia e a permanência adequada no seu lar.

Objectivos dirigidos aos idosos dependentes:

- Recuperar e/ou manter o maior grau de independência possível;
- Atrasar e prevenir o aumento da dependência através da reabilitação das suas capacidades cognitivas, funcionais e sociais;
- Desenvolver a auto-estima e favorecer um estado psicoafectivo adequado;
- Evitar a institucionalizações definitivas e não desejadas.

Os centros de dia estão dirigidos a pessoas idosas em situação de dependência física e ou psíquica, que contam com o apoio social suficiente para permitir a sua permanência no seu meio habitual.

São dirigidos a pessoas com mais de 50 anos, que apresentem dependência (derivada de incapacidades físicas e ou psíquicas.)

Disponham de um apoio social suficiente que garanta a permanência adequada no seu meio. (Centros de Día para personas mayres con dependencias, Documento técnico nº8, Año 2000:4-5)

O programa do centro de dia entre outros serviços, visa satisfazer as necessidades diárias de alimentação e do cuidado nutricional dos idosos de um modo controlado e baseado em critérios científicos, cujos principais objectivos assenta na diminuição de hábitos dietéticos não apropriados para a saúde em geral e, individualmente, de acordo com as suas patologias de cada paciente (Trindade 1996).

O principal objectivo do Centro de dia é manter, desenvolver e melhorar as funções físicas e mentais do idoso através de actividades da vida diária e interacção social (Conrad *et al.*,1991 citado em Teixeira 2008).

O centro de dia torna-se assim útil na medida que dá respostas às necessidades básicas de idosos que por motivos de saúde se tornam dependentes, sem que seja necessário tira-los do seu ambiente habitual (Benet 2003).

A procura destes serviços segundo Cerrato (1996) citado em Teixeira (2008) devem-se sobretudo para colmatar a solidão que por motivos sociais ou de saúde obriga aos idosos a passarem várias horas do dia sozinhos.

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

1. -ENQUADRAMENTO DO ESTUDO EMPÍRICO

O envelhecimento da população é um fenómeno que se tem vindo a verificar nos dias de hoje de forma cada vez mais acentuada. A baixa natalidade e o aumento da longevidade são as principais causas desta realidade.

Actualmente existe uma grande preocupação com a população idosa, e procura-se melhorar a qualidade de vida destes ao nível da saúde física e mental.

Sendo a área de intervenção a população idosa, justifica-se que seja a temática estudada o envelhecimento e as suas implicações, bem como o desenvolvimento de estratégias que permitam um envelhecimento mais activo e saudável.

Depalma (2003) citado em Teixeira (2008) afirmam que devido ao aumento da população idosa surgem também respostas sociais que visam oferecer apoio aos idosos. Os centros de dia são um dos recursos mais utilizados pela população envelhecida, a fim de facilitar a sua autonomia.

1.1- QUESTÃO DE PARTIDA

“De que forma os idosos que frequentam o centro de dia podem ter um envelhecimento activo.”

1.2-VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variáveis Independentes

Consideram-se variáveis independentes, aquelas que não dependem da investigação, são dependentes do procedimento do estudo (Sousa 2005).

É a variável que *“influencia, determina ou afecta”* a outra variável e determina o resultado (Marconi & Lakatos 2000:189).

Deste modo, as variáveis independentes deste projecto são:

- Género;
- Idade;
- Residência;
- Estado civil.

Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes são aquelas que pretendemos avaliar. Estas dependem do procedimento do estudo, são “conotadas directamente com as respostas que se procuram”.

Podem variar e modificar-se conforme as necessidades da investigação, ou seja, a variável dependente é aquela que pretendemos obter uma resposta para a questão, no resultado da investigação (Sousa 2005).

Marconi & Lakatos (2000:189), definem a variável dependente como a variável a ser explicada, uma vez que é influenciada pela independente.

Portanto as variáveis dependentes deste estudo são:

Factores psicológicos:

- Orientação,
- Queixas subjectivas e espontâneas,
- Queixas sobre transtornos nas funções complexas.

Factores sociais:

- Isolamento social,
- Relações de amizade,

Grau de satisfação:

- Actividades preferidas/prazenteiras,
- Auto-avaliação de saúde e bem-estar,
- Relação com o centro de dia.

Factores físicos e motores:

- IMC,
- Avaliação da flexibilidade,
- Avaliação da aptidão,
- Avaliação da agilidade.

2. - METODOLOGIA

Neste ponto apresenta-se a metodologia, os métodos, as técnicas e procedimentos utilizadas ao longo deste projecto necessários para a sua implementação.

Em qualquer contexto de intervenção, qualquer acção que se pretenda de base científica inclui necessariamente uma dinâmica de investigação-acção (...). As metodologias de investigação-acção permitem, em simultâneo, a produção de conhecimentos sobre a realidade, a inovação no sentido da singularidade de cada caso, a produção de mudanças sociais e, ainda, a formação de competências dos intervenientes. (Guerra 2006:52)

A investigação-acção procura compreender e dar resposta às necessidades sentidas, é um método de intervenção directa junto de um determinado grupo.

Seguindo ainda o mesmo autor Guerra (2006:120) a metodologia do projecto, “Apresenta uma previsão ou um acompanhamento intelectual da produção de mudança (...), pretende ser uma forma mais científica e racional de organizar as acções e, por consequência, os recursos disponíveis (...) ”, ou seja, desta forma o investigador, pode obter conhecimento da problemática a ser investigada e assim, poder intervir correctamente.

A metodologia do projecto rege-se por várias etapas, identificação dos problemas e diagnóstico, definição de objectivos, definição das estratégias, programação das actividades, preparação do plano de acompanhamento e de avaliação do trabalho e publicitação dos resultados e por fim o estudo dos elementos para a prossecução do projecto. (Guerra 2006:128).

Uma vez que este estudo é uma investigação/intervenção é de natureza qualitativa e de carácter exploratório, pois para esta investigação também foi utilizada a observação directa e as conversas informais.

Para a recolha de informação optou-se pelas Entrevistas Semiestruturadas (em apêndice III), pois a maioria dos entrevistados é analfabetos, e este tipo de entrevista permite uma maior liberdade de questionar ao entrevistador. Para análise das entrevistas utilizou-se análise de dados quantitativos que fossem transformados em indicadores qualitativos através da análise de conteúdo (em apêndice V), onde são apresentados os resultados das Entrevistas Semiestruturadas implementadas aos utentes do centro de dia.

Por fim é apresentado o diagnóstico das necessidades mais sentidas e o projecto de intervenção.

2.1- CARACTERIZAÇÃO DO AMOSTRA

Devido à abrangência da população, em ciências sociais o investigador selecciona uma pequena parte dessa população (amostra) para estudar que contenha ou pertença a um conjunto de características que sejam pertinentes ao estudo (Gil 1987:91).

Esta amostra é constituída por 10 indivíduos, residentes na freguesia de Porto Covo, com idades compreendidas entre os 75 e 93 anos, de ambos os sexos, sendo que seis são do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Todos eles são utentes do Centro de dia de Porto Covo.

Para a selecção dos participantes da amostra teve-se em conta os seguintes critérios de selecção:

- a) Utentes que frequentem o centro de dia, Associação “A Gralha”
- b) Idade igual ou superior a 65 anos;
- c) Autonomia psicológica (condições cognitivas que possibilitassem a realização das entrevistas Semiestruturadas; autonomia física (mobilidade para a realização do teste de bateria de Fullerton (em apêndice IV).

2.2- CARACTERIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO A GRALHA- CENTRO DE DIA

Associação “A Gralha” – Associação para o Desenvolvimento de Porto Covo é uma IPSS sediada na freguesia de Porto Covo, concelho de Sines, constituída escritura publica a 21 de Maio de 1999. A criação desta entidade deve-se sobretudo à necessidade de infra-estruturas e apoios à população mais velha. Para além do serviço de Centro de dia onde actualmente conta com 27 utentes tendo capacidade para 30, a entidade tem ainda como resposta Serviço de Apoio Domiciliário para 10 utentes e conta ainda com uma Lavandaria Social que dá apoio à população em geral mas sobretudo aos utentes.

Associação garante ainda um serviço de consultas de clínica Geral, Psicologia clínica e recolha de análises clínicas, atendimento de acção social, sessões de fisioterapia, polo de recepção do Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a carenciados e promoção de acções de formação.

Associação tem como principais objectivos:

- Promover o desenvolvimento económico, social e cultural da freguesia de Porto Covo, através da valorização dos recursos e produtos locais;
- Prestar serviços de apoio à comunidade;

- Promover actividades ocupacionais, dinamizar e participar em acções de combate à pobreza e à exclusão social

- Desenvolver um programa de equipamentos de apoio a idosos e carenciados, com a criação de um centro de dia, centro de noite, lar de terceira idade e apoio domiciliário;

- Criar equipamentos e espaços de apoio à infância e juventude, dinamizar actividades nas áreas de lazer, ocupação de tempos livre, educação e formação.

O Centro de Dia presta um conjunto de serviços que visa contribuir para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar de Segunda a Sábado das 8:00h às 17:00h assegurando os seguintes serviços:

- Alimentação (pequeno-almoço, almoço e lanche);
- Assistência Medicamentosa;
- Convívio / Ocupação;
- Higiene Pessoal;
- Tratamento de roupas;
- Actividades lúdicas e socio-recreativas;
- Transporte;
- Apoio psicossocial;
- Transporte e acompanhamento dos clientes ao exterior;
- Cuidados de imagem;
- Diligências (apoio na aquisição de bens e serviços).

São como principais objectivos do Centro de dia:

- Satisfazer as necessidades básicas dos utentes;
- Contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento;

- Prevenir o isolamento, através da promoção de relações interpessoais interinstitucionais e intergeracionais;

- Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização permanente;
- Proporcionar momentos de convívio e lazer através de actividades ocupacionais;

- Contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia;

- Contribuir para a manutenção do idoso no seu meio habitacional.

Actualmente a entidade mantem 11 postos de trabalho sendo eles:

Seis funcionárias na valência de Centro de Dia;

Cinco funcionárias na valência de lavandaria;

Uma Socióloga;

Uma Administrativa;

Quatro Auxiliares de Serviços Gerais;

Duas Operadoras de Maquinas;

Uma Distribuidora;

Duas Engomadoras em Formação.

3 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização das Entrevistas do Centro de Dia foi pedida a autorização à Socióloga, para a realização das entrevistas (em apêndice I). Todos os utentes foram informados da realização do estudo e foram convidados a participar, tendo sido de livre escolha por parte destes participarem.

4 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A metodologia adoptada no início deste projecto, para um conhecimento mais aprofundado foi a pesquisa bibliográfica e a documental, para a construção do enquadramento teórico do projecto.

A pesquisa bibliográfica é realizada através de documentos sejam eles livros ou artigos científicos sobre um determinado tema, permitindo ao investigador ter uma visão mais ampla do objecto em estudo. Em relação à pesquisa documental que em muito se parece com a anterior, no entanto a pesquisa documental são documentos que não receberam tratamento analítico (Gil, 1987:71:73). Procedeu-se a esta técnica para a construção da caracterização da associação através de documentos cedidos pela Socióloga da Associação.

Após a primeira fase, foi feito o conhecimento da Instituição e dos idosos, as metodologias adaptadas foram a observação participante, e seguidamente as entrevistas exploratórias.

Através da observação participante é possível analisar a realidade que vai ser estudada e a população que faz parte da mesma. A observação participante segundo Quivy (2003:196) é baseada na observação visual, permite captar os comportamentos no momento em que estes se produzem.

Na observação participante o observador participa na vida do grupo ou comunidade a ser estudada, obtendo o conhecimento a partir do interior do mesmo (Gil, 1987:107-108).

A observação participante permitiu conhecer o dia-a-dia dos idosos e de como ocupam os seus tempos livres no Centro de Dia.

Para complementar o estudo foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, aos utentes da instituição, com o intuito de perceber quais as necessidades sentidas pelo público, e como melhorar a qualidade de vida e promover um envelhecimento activo.

A entrevista é uma técnica na qual o investigador formula perguntas que pretende dar resposta à sua investigação (Gil 1987:113). Através da entrevista é possível obter informações sobre o que os indivíduos pensam, sabem, querem ou fazem (Selltiz *et al* 1967:273 citados por Gil 1987:113).

Segundo Quivy (2003:79), as entrevistas exploratórias, não tem como função verificar hipóteses nem recolher ou analisar dados específicos, mas sim abrir pistas de reflexão. “ (...) Alargar e precisar horizontes de leitura, tomar consciência das dimensões e dos aspectos de um dado problema, nos quais o investigador não teria decerto pensado espontaneamente”.

A entrevista consiste numa relação verbal em que o entrevistado através da comunicação verbal, exprime os seus pontos de vista, às questões formulados pelo entrevistador, segundo o objecto de estudo (Silva 2011).

As entrevistas podem ter diversos formatos, neste caso optou-se pela Entrevista Semi - estruturada, pois permitem uma maior flexibilidade ao entrevistador, não é inteiramente livre e aberta, mas segue um fio condutor. Através das entrevistas exploratórias semi - estruturadas (apêndice III) e conversas informais, conseguiu-se obter informações, importantes para o diagnóstico das necessidades.

Assim primeira parte da entrevista pertence avaliar a componente psicológica do utente, na qual é verificado o seu estado de consciência e orientação do idoso, avaliação da saúde e bem-estar físico e psicológico e queixas e transtornos nas funções complexas.

A segunda parte pretende avaliar o bem-estar do utente no centro de dia, as relações de amizade com os outros utentes e com os funcionários. Os benefícios que a

frequência no centro de dia trouxe à sua vida ao nível do isolamento social e ocupação de tempos livres. Por fim é questionada a opinião sobre o que entende sobre Envelhecimento Activo.

A última parte da Entrevista é composta pela Bateria de Fullerton- Teste de Aptidão Funcional para idosos adaptado por Rikli e Jones, 1999 (em apêndice IV).




Para fazer avaliação da componente física optou-se por utilizar a Bateria de Fullerton – Testes de aptidão física funcional para idosos (Adaptado de Rikli e Jones, 1999). Segundo Nunes e Santos (2009) Rikli & Jones criaram e validaram a bateria de testes para o *Ruby Gerontology Center, na California State University* (conhecida como “*Fullerton Testes*”), para avaliarem as aptidões físicas dos idosos nas actividades diárias de forma segura e independente sem que haja uma exaustão dos exercícios. Assim são avaliados a força e flexibilidades dos membros superiores e inferiores, capacidade aeróbica e agilidade motora/equilíbrio. Para complementar o estudo os autores incluíram também avaliação do Índice da Massa Corporal (IMC).

A Bateria de Fullerton é composta por seis exercícios de avaliação sendo eles: Alcançar as costas, Sentar e Alcançar, Flexão do Antebraço, Levantar e Sentar, Ir-e-vir 2.44metros, Marcha de 6 Minutos ou Marcha Estacionaria de 2 Minutos, que pode ser alternativo ao teste anterior.

Para a realização dos testes foram necessários os seguintes instrumentos:

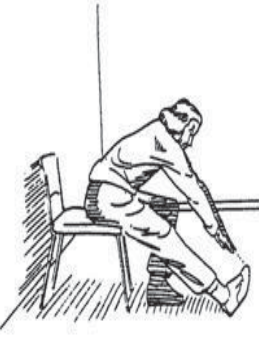


- Régua de 50 cm;
- Fita métrica;
- Cadeira padrão (sem braços com 43 cm aproximadamente de altura);
- Cronometro;
- Dois halteres (um com 2, 273 kg e outro com 3,630 kg);
- Cones;
- Espectrómetro;
- Balança.

TABELA 1-BATERIA DE FULLERTON (ADAPTADO DE RIKLI E JONES, 1999) IN AVALIAÇÃO DA APTIDÃO FÍSICA E DO EQUILÍBRIO DE PESSOAS IDOSAS – BATERIA DE FULLERTON, BATISTA & SARDINHO, 2005.

| Testes | Objectivos | Equipamento | Protocolo | Pontuação |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Levantar e Sentar  | Avaliar aptidão muscular do hemicorpo inferior. | Cronometro; Cadeira (sem braços, assento rijo, com 43 cm aproximadamente e encostada à parede). | O teste começa com o idoso sentado no meio da cadeira e costas direitas, antebraços cruzados sobre o peito. Ao sinal verbal levanta-se ficando completamente de pé e retorna à posição inicial. O Exercício dura 30seg. | Regista-se o número de vezes que o idoso levantou-se completamente. |
| Flexão do Antebraço  | Avaliar a aptidão muscular do hemicorpo superior. | Cronometro; Cadeira padrão; Halter (2.273kg para mulher) (3.630kg para homens). | O idoso senta-se encostado de costas rectas à cadeira, com um dos lados mais deslocado para a frente. O teste inicia-se com o braço relaxado e ao sinal o avaliado flexiona o antebraço. | Regista-se o número de vezes que o idoso executou a flexão completamente durante 30 seg. |
| Marcha estacionária de 2 min  | Avaliar a resistência aeróbica geral. | Cronometro; Fita métrica; Fita adesiva; Contador mecânico. | (Preparação: Fixar na parede fita adesiva na altura do ponto mediano entre a patela e a crista ilíaca.) Ao sinal o idoso inicia a marcha elevando o joelho direito até à marca assinalada. | Regista-se o número de vezes que o joelho direito foi elevado correctamente. |

(Continua)

TABELA 2-BATERIA DE FULLERTON (CONTINUAÇÃO)

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Sentar e Alcançar</p>  | <p>Avaliar a flexibilidade do Hemicorpo Inferior.</p> | <p>padrão; Régua de 50 cm.</p> | <p>O idoso senta-se na cadeira com uma perna flexionada, com o pé assente no chão, a outra perna fica estendida, apoiando apenas o calcanhar no chão. O avaliando flexiona o tronco lentamente para a frente com os braços estendidos e uma mão sobreposta à outra em direcção à ponta do pé da perna estendida e deve tentar toca-la.</p> | <p>O registro é positivo quando a ponta do pé é ultrapassada, negativo quando não é alcançada e 0 quando se alcança a ponta do pé.</p> |
| <p>Alcançar as costas</p>  | <p>Avaliar a Flexibilidade do Hemicorpo Superior.</p> | <p>Régua de 50 cm</p> | <p>De pé o idoso coloca uma das mãos por cima do ombro com a palma voltada para si dedos unidos e estendidos, a outra mão passa por trás da cintura e tenta tocar ou sobrepor à outra. Mede-se a distância entre a ponta dos dedos médios.</p> | <p>Caso as pontas dos dedos se toquem regista-se 0, se passarem uma pela outra regista-se a distância com sinal positivo, caso não se toquem regista-se a distância com sinal negativo.</p> |
| <p>Ir-e-Vir 2,44m</p>  | <p>Avaliar agilidade e o equilíbrio dinâmico.</p> | <p>Cronometro; Fita Métrica; Cone; Cadeira padrão.</p> | <p>(Preparação: a cadeira deve estar encostada à parede, e o cone posicionado a uma distancia de 2,44m.) O teste inicia-se com o idoso sentado costas direitas e mãos sobre as pernas, ao sinal levanta-se caminha o mais rápido possível dá a volta em torno do cone e volta à posição inicial</p> | <p>Registam-se os dois tempos em segundos considerando o melhor.</p> |
| <p>Marcha de 6 minutos</p> | <p>Avaliar a resistência aeróbica geral</p> | <p>Cronometro; Espaço (preferencialmente de 50m); Cones de sinalização Fita adesiva Cadeiras ou bancos.</p> | <p>(Preparação: Delimitar um rectângulo com um perímetro de 50m, com os cantos demarcados pelos cones) Ao sinal verbal o idoso deve andar o mais rápido durante 6 minutos.</p> | <p>Regista-se o numero total de metros percorridos durante os 6 min.</p> |

Para a verificação do Índice de Massa Corporal, foi necessário saber primeiro o peso e a altura, na verificação do peso utilizou-se uma balança e para a verificação da altura um espirometro. O Índice de Massa corporal foi obtido através da formula $IMC = \text{peso (Kg)} / (\text{altura} \times \text{altura})$.

Para que fosse possível recolher os dados, foi necessário a presença da Socióloga do Centro de dia, que solicitou os idosos para a realização das Entrevistas e do Teste de Aptidão Física.

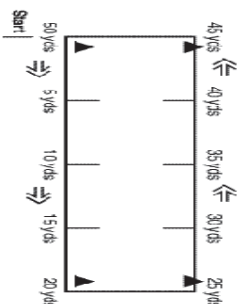
Todos os dados foram recolhidos no Espaço do interior da Associação, excepto a marcha de 6 minutos que foi executada no exterior da mesma.

5 - PROCEDIMENTO E TRATAMENTO DOS DADOS

Depois de concluídas as entrevistas procedeu-se ao tratamento dos dados recolhidos. Para análise das entrevistas, seleccionou-se as ideias principais e mais importantes das respostas dadas pelos entrevistados. Devido à variedade de respostas procedeu-se à Análise de Conteúdo (em apêndice V). Esta permite a possibilidade de analisar de forma metódica a informação recolhida, com rigor e profundidade (Quivy & Campenhiudt 2003:227).

A análise de conteúdo é descrita segundo Berelson (1952:13) citado em Gil (1987:163) como “uma técnica de investigação que, através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.”

O tratamento dos dados tem como objectivo tornar os dados obtidos “válidos e significativos” assim são utilizados quadros ou figuras que permitem sintetizar a informação recolhida, podendo fazer uma ligação entre os dados obtidos e as informações já existentes. (Idem:164)



6 -APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a recolha e o tratamento dos dados a fase seguinte é a de análise. Nesta fase organiza-se e sintetiza-se os dados de forma a darem resposta à problemática. Na interpretação dos dados procura-se o sentido das respostas obtidas com os conhecimentos anteriormente adquiridos.

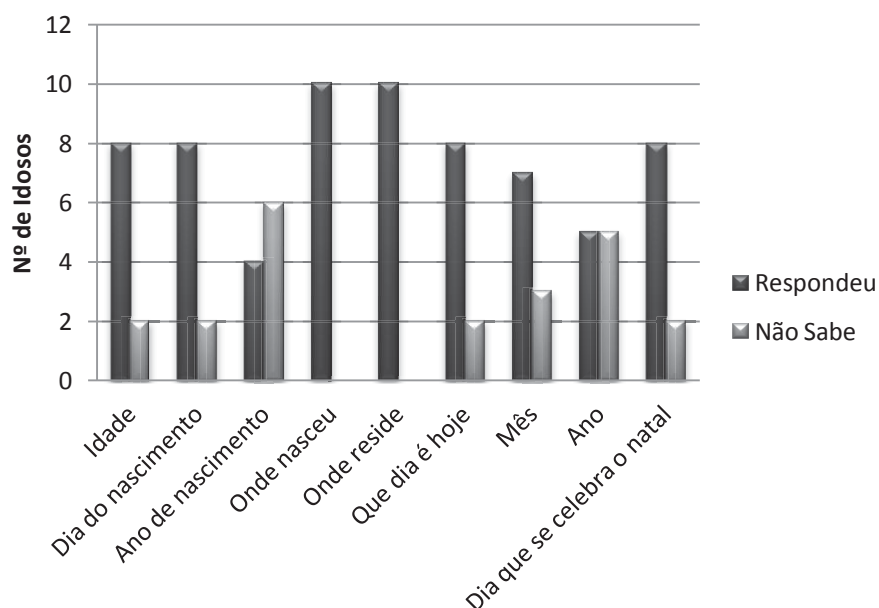
A análise tem como objectivo organizar e sintetizar os dados obtidos para que estes dêem resposta ao problema inicial (Gil 1987:166).

Para fazer a análise dos resultados utilizou-se o Modelo de Analise como já foi referido anteriormente (em apêndice V) onde estão apresentadas as respostas às perguntas abertas e o Programa Microsoft Excel 2010 para analise dos restantes dados.

6.1- ANALISE DOS DADOS DA COMPONENTE PSICOLÓGICA

A avaliação da componente psicológica, divide-se em duas partes. A primeira parte pretende avaliar o estado de consciência do paciente e caracterização do entrevistado, na segunda parte será avaliado a percepção do bem-estar no centro de dia. Para análise da primeira parte da entrevista apresenta-se as seguintes analises, Estado de consciência do paciente- Orientação, Auto-avaliação de saúde e bem-estar e Queixas de transtornos nas funções complexas.

TABELA 3- ESTADO DE CONSCIÊNCIA DO PACIENTE- ORIENTAÇÃO DO IDOSO

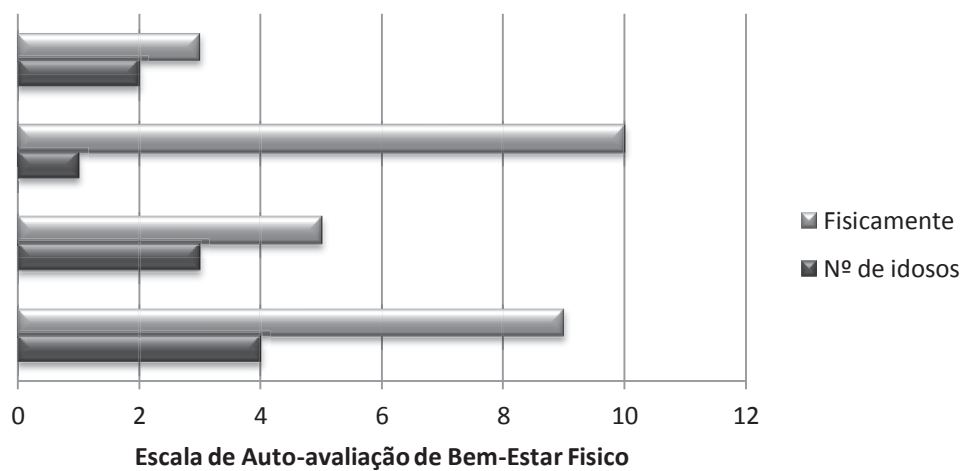


Numa primeira avaliação em relação ao Estado de Consciência dos idosos, pode constatar-se que dois utentes não sabem a idade nem o dia de nascimento, em relação ao ano em que nasceram seis utentes não souberam responder à questão.

Todos souberam responder quando confrontados com a questão de onde nasceram e onde residem.

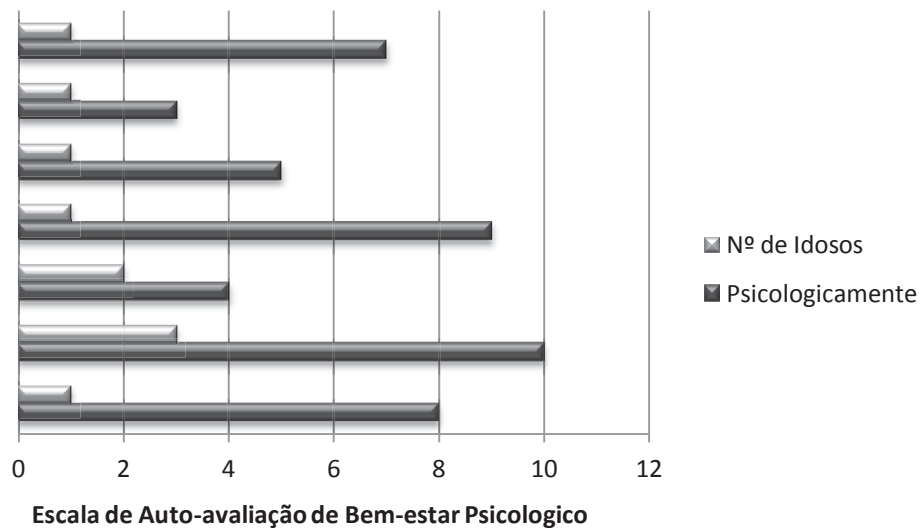
Em relação à orientação do tempo dois idosos não souberam responder que dia era, três não sabem o mês corrente e cinco sabem qual o ano presente. Por fim em relação à celebração do dia de natal oito utentes responderam correctamente.

TABELA 4- ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DE SAUDE E BEM-ESTAR FISICO



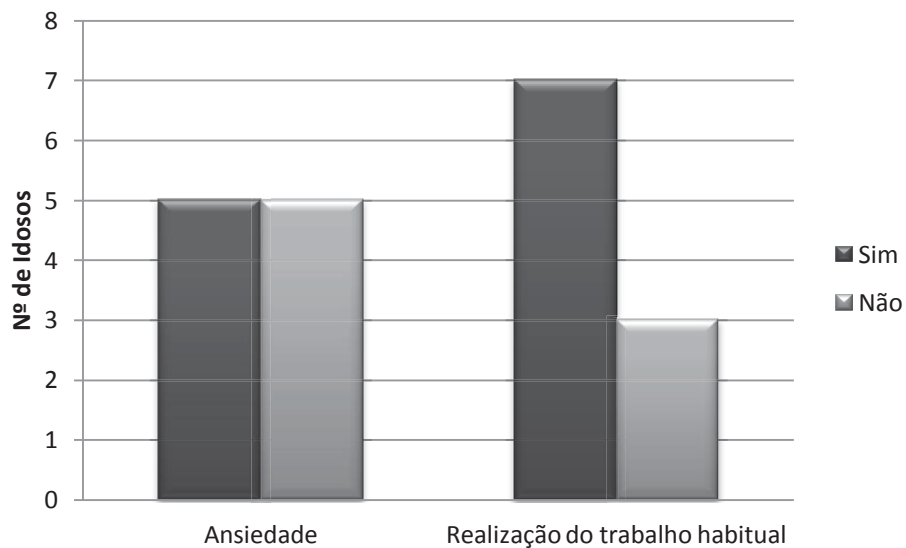
Quando confrontados para a Auto-avaliação do seu Bem-estar físico numa escala de 1 a 10, apenas um idoso se sente no patamar mais alto de bem-estar físico, quatro idosos, situam-se no numero 9 da escala, para três idosos sente-se no centro (5) da escala do bem-estar físico e apenas dois idosos referem valores negativos (3) no seu bem-estar físico.

Tabela 5- ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO



Na auto-avaliação do bem-estar psicológico, os resultados foram mais dispersos, três idosos sente-se no nível dez da escala, um sente-se na posição nove, a mesma quantidade se encontra no nível oito, sete e cinco. No nível negativo, temos dois idosos que se encontram no nível quatro e por fim um idoso no nível três.

TABELA 6- AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE E BEM-ESTAR

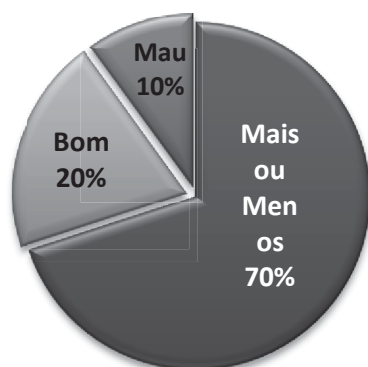


Na auto avaliação de saúde e bem – estar metade (cinco) dos entrevistados revelou sentirem-se ansiosos, a mesma quantidade revelou não sentir qualquer tipo de ansiedade.

Em relação à realização do trabalho habitual sete dos idosos ainda o consegue realizar, se qualquer problema.

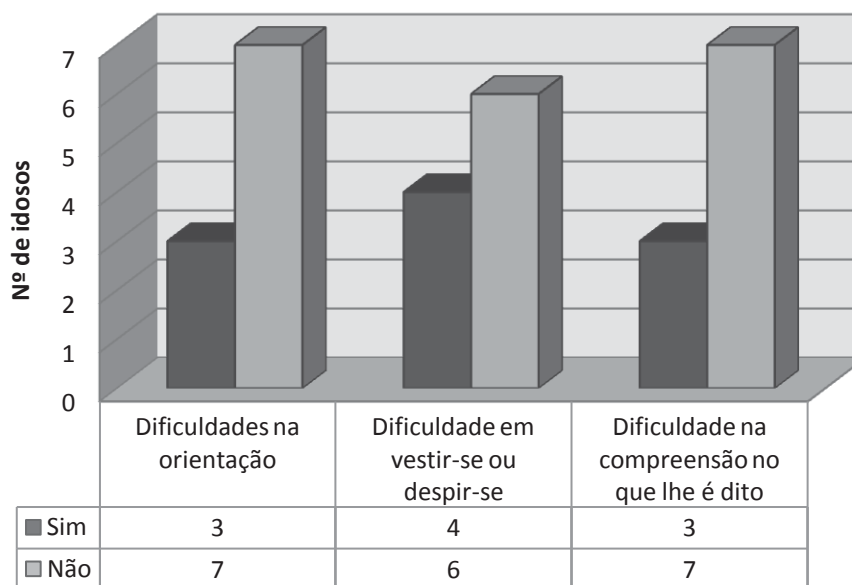
Nos restantes inquiridos revelaram que a falta de vista, e a cabeça (confusão) já não estar muito bem e a dificuldade em andar influenciam na realização do seu trabalho habitual.

TABELA 7- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO



Para avaliar o sono dos utentes do Centro de dia, foi pedido para que eles avaliassem o seu sono com “Bom”, “Mau” e “Mais ou menos”. Apenas um idoso referiu que tem um sono “Mau” e apenas dois idosos referem que conseguem dormir bem. Os restantes idosos referem ter um sono “mais ou menos”. Dois idosos referiram tomar comprimidos para dormir

TABELA 8-QUEIXAS SOBRE TRANSTORNOS NAS FUNÇÕES COMPLEXAS



Na avaliação das queixas nos transtornos nas funções complexas, três idosos referiram ter dificuldades em orientarem-se sozinhos, contra sete que não têm qualquer problema ou dificuldade em orientarem-se.

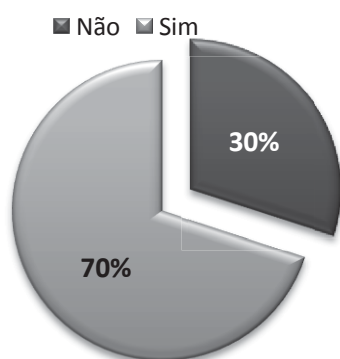
Em relação em vestir-se e despir-se quatro dos idosos entrevistados precisa de ajuda nestas actividades.

Apenas três idosos sentiram mudanças na compreensão no que lhes é dito com o avançar da idade.

A segunda parte da entrevista divide-se em três partes, na primeira pretende-se analisar o apoio social prestado aos idosos, que se subdivide no isolamento social, relações de amizade e a relação com o centro de dia. Na segunda parte analisa-se as actividades e ocupação dos tempos livres em que se encontra a categoria das actividades preferidas/ prazenteiras. E por fim é analisado o que é para estes idosos o envelhecimento bem-sucedido.

Na questão de quanto tempo passam sozinhos obteve-se os seguintes resultados, cinco afirmam estar sempre acompanhados seja pelo cônjuge, pelos filhos ou netos, três estão sozinhos apenas à noite, os outros dois entrevistados a resposta varia conforme onde se encontra.

TABELA 9- ISOLAMENTO SOCIAL



Na avaliação da percepção e bem-estar no centro de dia, para 70% dos idosos a frequência no C.D. ajudou a passar menos tempo sozinhos.

Nos outros 30% a frequência no C.D. em nada contribuiu para a quebra do isolamento social.

Nas Relações de amizade as respostas foram unânimes, os inquiridos elegeram a família (filhos, netos e cônjuge) como melhores amigos e com quem mais gostam de estar.

Todos os inquiridos referiram ter amigos no Centro de dia excepto um inquirido, (esta razão deve-se ao facto do idoso ter-se mudado recentemente para a casa da filha e consequentemente teve de mudar de local de residência, estando à pouco tempo no CD ainda não criou laços de amizade).

Na relação com o Centro de dia, mais uma vez as respostas foram unânimes todos os utentes gostam de estar no CD, todos tem um bom relacionamento com os restantes utentes e funcionários, não sentindo qualquer tipo de necessidade no C.D.

Na ocupação dos tempos livres como resposta às actividades preferidas/ prazenteiras obteve-se como respostas: Renda, malha ou costura; conversar; Fazer pão; passear; jogar às cartas; fazer a lida da casa; ler; ver televisão; ouvir rádio; fazer ginástica; dançar; trabalhar no campo; ir ver os vizinhos. As mesmas respostas se obtiveram quando questionados de como ocupam os seus tempos livres em casa e no CD.

Quando confrontados com a questão do que é para eles o Envelhecimento bem-sucedido e o que era necessário para ter um Envelhecimento bem-sucedido, as respostas também variaram sendo elas: ser feliz; ter saúde; ser activo; uma boa alimentação; conviver, estar com os amigos; passear

6.2 -ANALISE DOS DADOS DA COMPONENTE FÍSICA.

Como foi referido anteriormente para analisar a componente física da amostra recorreu-se aos testes da Bateria de Fullerton, onde foi possível obter resultados que tem como principais objectivos avaliar a flexibilidade, aptidão, agilidade e equilíbrio e por fim a resistência.

TABELA 10-AVALIAÇÃO DA FLEXIBILIDADE DO HEMICORPO SUPERIOR

| Intervalo | -40 / -35 | -34 / -30 | -29 / -25 | -24 / -20 | -19/-15 | -14 / -10 | -9 / -5 |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| Nº de idosos | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 0 |

Para avaliar a flexibilidade do hemicorpo superior, realizou-se o teste de alcançar as costas, na qual se obtiveram em todos os avaliados resultados negativos, variando os resultados entre os -13 como melhor resultado, -35, como pior resultado, verificou-se maior número de frequências dos resultados nos intervalos dos -29/-25 e -24/-20.

TABELA 11 AVALIAÇÃO DO HEMICORPO INFERIOR

| Resultados | Nº de Frequências obtidas |
|-------------------|----------------------------------|
| -20 | 1 |
| -18 | 1 |
| -17 | 1 |
| -15 | 2 |
| -14 | 2 |
| -13 | 1 |
| -12,5 | 1 |
| -11 | 1 |

Para avaliação da flexibilidade do hemicorpo inferior, realizou-se o teste de sentar e alcançar, obtendo-se também resultados negativos, tendo sido o melhor resultado -11 e o pior resultado -20. Tendo sido os valores -15 e -14 mais repetido

TABELA 12-AVALIAÇÃO DA APTIDÃO MUSCULAR DO HEMICORPO SUPERIOR

| Nº de repetições | Nº de frequências obtidas |
|-------------------------|----------------------------------|
| 29 | 1 |
| 27 | 1 |
| 24 | 1 |
| 22 | 1 |
| 19 | 1 |
| 10 | 3 |
| 9 | 1 |
| 7 | 1 |

Na avaliação da aptidão muscular do hemicorpo superior utilizou-se o teste da flexão de braço, registrando-se como melhor resultado 29 repetições e como pior resultado 7 repetições, no entanto o número de repetições mais verificado foram 10.

TABELA 13- AVALIAÇÃO DA APTIDÃO MUSCULAR DO HEMICORPO INFERIOR

| Intervalo em nº de repetições | 0-5 Rep. | 6-10 Rep. | 11-15 Rep. | 15-20 Rep. |
|--------------------------------------|-----------------|------------------|-------------------|-------------------|
| Nº de idosos | 1 | 4 | 3 | 2 |

Em relação à avaliação da aptidão muscular do hemicorpo inferior, no teste levantar e sentar, obteve-se como melhor resultado 20 repetições e pior resultado 5 repetições, obteve-se uma maior frequência de resultados nos intervalos das 6 às 10 repetições.

TABELA 14-TESTE DE IR-E-VIR

| Intervalo em Segundos | 0-5 Seg. | 6-10 Seg. | 11-15 Seg. | 15-20 Seg. |
|------------------------------|-----------------|------------------|-------------------|-------------------|
| Nº de idosos | 0 | 4 | 5 | 1 |

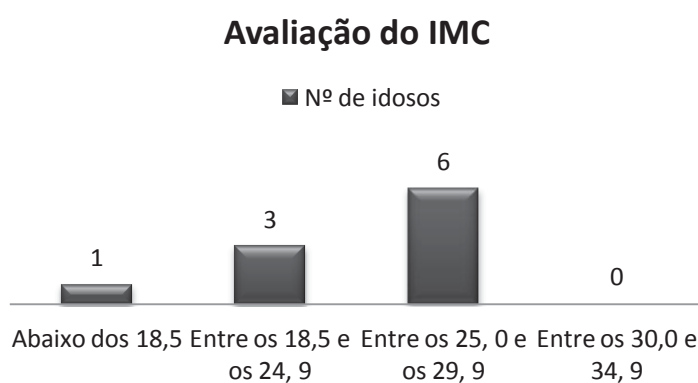
No teste de Ir-e-vir 2,44m no qual se avalia agilidade e o equilíbrio dinâmico, obteve-se como melhor resultado 7 segundos e pior resultado 16 segundos, verificou-se ainda que houve uma maior frequência de resultados no intervalo dos 11 segundos aos 15 segundos

TABELA 15-MARCHA DE 6 MIN

| Intervalo (nº de voltas) | 10-9 Voltas | 8-6 Voltas | 5-3 Voltas | 2-0 Voltas |
|--------------------------|-------------|------------|------------|------------|
| Nº de idosos | 1 | 3 | 5 | 1 |

Por fim no último teste, a marcha de 6 minutos que avalia a resistência aeróbica geral, registou-se como melhor resultado 500 metros, (10 voltas) e como pior resultado 100 metros (2 voltas). Verificou-se uma grande frequência dos resultados no intervalo dos 5 – 3 voltas.

TABELA 16- AVALIAÇÃO DO IMC



(Dados segundo a WHO, 2000)

A última avaliação do Índice de Massa Corporal, verificou-se que um dos idosos apresenta um IMC de 18,5 baixo peso que significa magreza, três apresentam valores entre os 18,5 e os 24,9 que indica estarem com o peso normal, e seis apresentam excesso de peso, tendo um IMC acima dos 25.

7-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto pretende-se discutir os resultados obtidos através das Entrevistas Semi-estruturadas e do Teste de Aptidão Física -Bateria de Fullerton.

Sendo a senescência uma fase de perdas, cabe aos profissionais das áreas da gerontologia, procurarem medidas e estratégias que pretendem retardar e/ou amenizar os efeitos do envelhecimento e fazer com que esta população possa disfrutar ao máximo desta etapa.

Todo este estudo foi dirigido para a população mais velha, e como proporcionar-lhe melhorias no seu bem-estar psicológico e físico, pois um dos grandes desafios das sociedades actuais é permitir que os idosos possam usufruir de um estilo de vida mais activo que lhe proporcione uma maior qualidade de vida e independência.

Segundo a OMS é considerado idoso todo o individuo com 65 ou mais anos, tendo em conta esta premissa, amostra elegida para este estudo, são indivíduos com mais de 65 anos (nos países desenvolvidos, como é o caso de Portugal).

Na avaliação do estado de consciência do paciente, do seu bem-estar psicológico, mais de metade da amostra (70%) revelou estar bem psicologicamente.

No entanto quando realizada uma Anamnese para verificar o estado de consciência do paciente, dois dos inquiridos não sabiam classificar o dia do mês, três não sabiam qual o mês, e cinco não sabiam qual o ano corrente. O mesmo se verificou com o ano de nascimento em que seis dos inquiridos não sabe ou não se recorda em que ano nasceu.

Esta falta de percepção do tempo é um dos primeiros sinais de Alzheimer, quando analisados os resultados verificou-se também que um dos inquiridos que não soube a idade, a data também tem dificuldades em orientar-se sozinho, e tem dificuldades em vestir-se e despir-se. Barreto (2005) afirma que o doente perde a percepção do tempo e do espaço, surgem as dificuldades em vestir-se e deslocar-se mesmo dentro de casa.

Na escala de auto-avaliação de saúde e bem-estar físico os resultados dividiram-se, numa escala de 0 a 10, metade dos inquiridos indicaram valores positivos, em contra partida três revelaram números muito baixos, e três deles situam-se a meio da escala.

Estes resultados vão de encontro às principais dificuldades que foram enumeradas, pelos entrevistados, sendo elas a falta de vista, a cabeça (confusão), dificuldades em andar e tonturas como principais dificuldades na realização do seu trabalho habitual.

Estas alterações devem-se sobretudo às modificações que ocorrem devido ao envelhecimento. Spar & Rue (1997) assinalaram a perda de acuidade visual, o

aparecimento de doenças da presbiopia (ver mal ao perto), a miopia (ver mal ao longe), e as cataratas (diminuição da acuidade visual com nevoeiro), dificuldades na locomoção e a perda de equilíbrio.

Como principais modificações no sistema sensorial também verifica-se que há uma perda de eficiência nos órgãos sensoriais e aumento dos limiares para serem estimulados, por isso a informação chega mais lentamente e por vezes deturpada, também se verificou que três dos entrevistados referiu ter dificuldades na compreensão daquilo que lhes é dito (Spar & Rue 1997).

Quanto ao isolamento social 70% dos inquiridos afirma que o facto de terem passado a frequentar o centro de dia ajudou-os a passar menos tempo sozinhos, e que o único tempo que estão sós é durante a noite. Isto verifica-se nos idosos viúvos e solteiros. –“Quando saiu do CD” (Entrevista 4),” -Só à noite, quando saiu do CD até ao outro dia de manhã” (Entrevista 3).

Por sua vez, os idosos casados estão sempre acompanhados pelo cônjuge e por isso não se sente sós, nem houve quebra de isolamento.” -Nunca estou só, estou sempre com a minha esposa.” (Entrevista9).

Nas relações de amizade, os melhores amigos são os familiares mais próximos, cônjuge, filhos, netos. Verificou-se também que os utentes consideram os outros utentes também seus amigos. “ – Os camaradas aqui do CD. Sim. Gosto de estar com toda agente. “ (Entrevista 4), “-Tenho ai a malta toda. Aqui os do C.D., mas tenho dois amigos em especial.” (Entrevista 8).

Quando confrontados com a questão da opinião que tem ao frequentarem o centro de dia, todos os inquiridos responderam afirmamente que gostam de estar no CD. Não assinalaram qualquer tipo de necessidade ou apoio que falte.

Esta reacção positiva em relação ao Centro de dia deve-se sobretudo porque os CD permitem dar apoio aos idosos, permitindo que estes permaneçam no seu domicílio. (Sancho, 1999).

Como principais impedimentos, à prática de ocupação dos tempos livres no centro de dia notou-se a falta de motivação. Trilla e Osorio (1997:253-254) fizeram uma referência aos estudos de Miguel (1993) e CECS (1994) em que referem que predomina o sentimento negativo devido sobretudo à perda de energia, diminuição das capacidades físicas e perda de felicidade, bem como o pessimismo. O sentimento de invalidez aumenta à medida que o grau de escolaridade diminui, o que pode ser verificado uma vez que dos inquiridos apenas 2 são alfabetizados (Idem:254).

Verificou-se que alguns dos entrevistados referiram como actividades preferidas, actividades que faziam parte da sua rotina diária quando eram mais novos. “Gostava de fazer tudo principalmente pão, amassar, tender a massa, (...) gosto muito de fazer a lida da casa.” Verificou-se uma grande frequência da resposta, entre a população feminina, “O que eu gostava mais de fazer era a lida da casa”.

A escolha destas actividades vai de encontro ao pensamento de Freitas (2011:46) que os idosos tem preferência pelas actividades do quotidiano, e Fonseca (2005), que afirma que os idosos preferem ocupar os tempos livres com actividades que faziam parte do passado

No entanto as actividades que mais predominantes no CD são os jogos de mesa, a renda no caso das senhoras e ver televisão.

Nas questões do envelhecimento Activo e Qualidade de vida, a resposta mais obtida foi “ter saúde”, “Conviver”, “ter amigos” e “ser feliz”. Este último aspecto vai de encontro ao pensamento de Simões (1992) que associa o conceito de Qualidade de vida, à felicidade, e velhice bem-sucedida.

Para medir o nível de Actividade Física, optou-se pela utilização dos Testes de aptidão física funcional para idosos- Bateria de Fullerton, adaptado de Rikli e Jones,1999, que permite ao investigador avaliar a prevalência de actividade física do individuo (Ainsworth et al. 1994 citado em Faria 2001).

Em relação à actividade física apenas dois dos entrevistados referiram a importância da mesma e mostraram interesse na prática de desporto, talvez por isso os resultados do Teste de Fullerton não tenham sido mais positivos.

Verifica-se um grande grau de sedentarismo, este é um dos principais problemas que afectam a terceira idade e consequentemente vem a degeneração da saúde, declínio das capacidades e a perda das faculdades físicas (Barata, 2012:191-192).

Exemplo disso são os resultados do cálculo do IMC, (resultado obtido através peso / (altura x altura)) em que mais de metade dos indivíduos, apresentam peso a mais estando com o IMC superior a 25 kg/m².

A prática de actividade física neste grupo de estudo iria ajudar na realização das tarefas diárias, que pode estar relacionado com a falta de actividades física, uma vez que três dos entrevistados referiram que não conseguem realizar o seu trabalho habitual. Para além dos benefícios enumerados a prática da actividade física também intervém na melhoria da qualidade do sono e na ansiedade, que seria uma mais-valia uma vez que

apenas 20% da amostra referiu ter uma boa qualidade do sono e na ansiedade, uma vez que metade dos entrevistados revelaram sentirem-se ansiosos.

8 -DIAGNOSTICO DAS NECESSIDADES DA REALIDADE ENVOLVENTE

O projecto de Intervenção “Envelhecimento Activo em Centro de Dia” tem como público-alvo os utentes do Centro de Dia de Porto Covo “A Gralha”, deste modo foram realizadas entrevistas aos utentes com o intuito de conhecer a realidade e poder traçar o diagnóstico de necessidades.

Segundo Guerra (2006:131) “Um bom diagnóstico é que garante da adequabilidade das respostas às necessidades locais é fundamental para garantir a eficácia de qualquer projecto de intervenção.” Consiste no “processo de pesquisa-acção participado” (idem:129) que pretende indicar quais “os problemas mas também recursos e as potencialidades do meio de intervenção” (idem:132).

O diagnóstico de necessidades permite identificar “o que está (situação presente) e o que deveria estar (situação desejada)” (Guerra 2006:132).

Posto isto são consideradas como necessidades mais sentidas nesta investigação:

- Ocupação de Tempos livres com actividades que estimulação cognitiva;
- Motivar os idosos a ocuparem os seus tempos livres com actividades prazenteiras;
- Prática de actividade física.

PARTE III - DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO

1. Introdução

Hoje em dia à uma crescente preocupação em como ocupar os tempos livres dos idosos nos centros de dia. Surge assim a preocupação de procurar actividades que tem como objectivos melhorar a realização pessoal dos idosos e ajuda-los a encontrar um papel na sociedade (Martin *et al*, 2007).

(...) a necessidade destes programas é insubstituível por diversos motivos: a pessoa idosa, especialmente a que vive num centro social, dispõe de muitos períodos de ócio, permanecendo demasiado tempo desocupada, o que acaba por ser um factor de tensão a velhice com a consequente repercussão sobre a saúde e o bem-estar; a depressão e os estados depressivos são fomentados pelo tempo vazio excessivo e sem sentido que conduz ao tédio e à apatia, com a perda progressiva de identidade, baixa auto-estima e um conceito pessoal negativo; a possibilidade de lutar, contra os sentimentos de inutilidade e incapacidade tao enraizados na vida das pessoas; a limitação das perspectivas de futuro; a falta de objectividade e razoes para continuar a viver uma vida digna e com sentido. Lopes Cruz (1992) citado em Osorio (1997:258).

Este projecto iniciou-se com o levantamento bibliográfico a fim de conhecer e compreender o processo do envelhecimento, e os factores que determinam o Envelhecimento activo.

Com base nestas directrizes, esta intervenção passa pela criação de um projecto que definisse estratégias que visam melhorar o envelhecimento activo dos utentes do Centro de dia, através da ocupação dos tempos livre, enriquecendo os em diversas áreas, anto a nível físico e psicológico, de forma a melhorar a sua qualidade de vida tendo em conta o tipo de actividade. Como afirmou Silva (2009:31) é relevante a qualidade e o significado que as actividades têm para os idosos.

De acordo com Ander-Egg & Idáñez (1999:18), o projecto consiste na ordenação de um conjunto de actividades que se encontram articuladas e inter-relacionadas entre si, “combinando recursos humanos, materiais, financeiros e técnicos, que se realizam com o propósito de conseguir um determinado Objectivo ou resultado” para a resolução de uma situação problema.

Barbier (1996) citado em Silva (2011) o projecto deve ter uma “visão optimista”, uma vez que o projecto tem o intuito de modificar, mudar ou melhorar algo.

Depois de identificados os problemas para a realização do diagnóstico de necessidades traçados e definidos os objectivos, traçadas as estratégias de intervenção inicia-se a construção do projecto, através da programação de actividades. Para isso foi elaborado um plano de actividades semanais.

2. DESIGNAÇÃO DO PROJECTO

O Projecto “Envelhecimento Activo em Centro de Dia” pretende como o próprio nome indica, proporcionar um envelhecimento mais activo nos idosos do Centro de Dia de Porto Covo. Esta necessidade surgiu para enriquecer os tempos livres dos idosos que frequentam o centro de dia, uma vez que estes são ocupados a ver televisão, com jogos de mesa, e passeios pela aldeia.

O intuito é de proporcionar uma melhor qualidade de vida a uma população que tem vindo a aumentar a olhos vistos nas últimas décadas, torna-se cada vez mais importante orientar recursos que os possam dar resposta aos idosos.

Segundo Teixeira (2008) os Centros de dia têm sido um dos recursos muito utilizado (Depalma 2003). A escolha deste apoio tem sido importante pois permite ao idoso manter-se no seu ambiente familiar e ter uma ocupação na ausência dos familiares (Carmona 1995).

Posto isto a pertinência deste estudo conceda na promoção do Envelhecimento Activo em Centro de Dia.

2.2 -OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO

Para que um projecto seja exequível é necessário delinear os objectivos gerais e específicos.

2.2.1 -OBJECTIVOS GERAIS

São os objectivos gerais aqueles que apresentam as mudanças que se pretende proceder. “Os objectivos gerais descrevem grandes orientações para as acções e são coerentes com as finalidades do projecto, descrevendo as grandes linhas de trabalho a seguir.” (Guerra. 2006:163).

Este projecto tem como principal objectivo proporcionar um envelhecimento activo a estes idosos.

Para isso pretende-se:

- Avaliar a componente psicológica;
- Avaliar o seu grau de satisfação no centro de dia;
- Avaliar a relação com os outros utentes e funcionários.
- Identificar quais as necessidades físicas, psicológicas e sociais dos utentes.
- Colmatar o excesso de tempo livre, com actividades lúdicas, culturais e desportivas;
- Avaliar o grau de Actividade física.

2.2.2 -OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Os objectivos específicos pretendem exprimir os resultados que se pretende atingir detalhadamente nos objectivos gerais. São formulados quantitativos ou qualitativos, sendo considerados como metas. Ao contrário dos objectivos gerais não indicam direcções mas metas alcançar (Guerra 2006:164).

Deste modo considera-se objectivos específicos deste projecto:

- Incentivar à participação activa em actividades manuais, de forma a promover a criatividade;
- Criar um programa com exercícios de componente física e incentivar os idosos à prática de actividade física;
- Desenvolver actividades relacionadas com os interesses e necessidades dos idosos;
- Aumentar a auto-estima dos idosos;
- Promover o contacto intergeracional com as crianças da Escola Primaria, estimulando comunicações, e aprendizagens entre os dois grupos;
- Passeios e intercâmbios com utentes de outros centros de dia;
- Fazer exposições com alguns trabalhos elaborados pelos utentes;
- Trabalhar a literacia.

3. PLANO DE ACÇÃO

Um plano de actividades descreve, de forma detalhada e sistemática, o que se pretende fazer, quando se pretende fazer, quem será encarregado das diferentes tarefas e quais os recursos necessários para as concretizar. Essas actividades decorrem da relação entre

objectivos, meios e estratégias, pretendendo a concretização dos objectivos já definidos (Guerra, 2006:170).

A pesquisa-acção resulta num plano de acção para o estudo realizado, este deverá ser realizado pelos *actores sociais* estudados, e deve conter os objectivos e metas a cumprir (Barbier 1985:105).

Assim depois de analisadas as entrevistas e de traçado o diagnóstico de necessidades é necessário criar um plano com actividades de intervenção, que desejam dar respostas às necessidades sentidas e aos objectivos traçados ao longo do projecto.

Assim foi criada um Plano de actividades Semanal com actividades que dêem resposta às principais necessidades que ocupem os seus tempos livres e os envolvam em novas actividades ao mesmo tempo que propõe a melhoria da qualidade de vida e que proporcionem um Envelhecimento Activo.

Este plano pretende intervir nas seguintes áreas:

- Actividade Física ou Motora- Ginástica Geriátrica, Passeios pedestres pela aldeia;
- Actividades de comunicação Oral- Tardes de Leitura e Leitura do Jornal;
- Actividade de Vida Diária- Tempo Livre;
- Actividades Cognitivas ou Mentais- Ateliê de literacia e Jogos de Mesa;
- Actividades de Expressão Plástica- Ateliê de Expressão Plástica e Ateliê de costura;
- Actividade de Intergeracionalidade – Interacção com as crianças da Escola Primaria;
- Actividades Lúdicas- Tardes dançantes e Passeios.

3.1-RECURSOS

Para a realização de qualquer Projecto de Intervenção são necessários recursos, pois são estes que permitem a concretização e exequibilidade do mesmo. Serrano (2008:36) afirma que “(...) é conveniente ter conhecimento, desde os momentos iniciais do diagnóstico, dos recursos, tanto humanos como económicos de que podemos dispor para a realização de um projecto.”

Ao longo das actividades são enumerados de forma sucinta os recursos que serão utilizados para a realização das actividades, no entanto, estão descritos de uma forma mais explicativas os recursos que são necessários para a realização das actividades do projecto.

3.1.1 -RECURSOS HUMANOS

Como principal recurso humano para a realização das actividades da componente psicológica destaca-se a Socióloga do Centro de Dia, uma vez que é ela que dinamiza e organiza algumas actividades realizadas juntamente com as funcionárias que podem auxiliar; os idosos do centro de dia e todos aqueles que queiram e tenham condições para participar nas actividades.

Um professor de ginástica, para a pratica de actividade física em que as actividades se especificamente para este grupo de idosos. Uma vez que existe um grupo de ginástica para pessoas com mais de 65 anos, no entanto, a ginástica não se adapta à condição física destes idosos o que fez com que tivessem desistido e perdessem o interesse nas aulas.

Alunos e professores da Escola Primária, propor aos professores um projecto de Intergeracionalidade para promover o contacto entre as gerações mais novas.

3.1.2-RECURSOS FINANCEIROS

Em relação aos recursos financeiros não se pretendem gastos muito grandes, por isso o principal recurso será Associação “A Gralha”

3.1.3 -RECURSOS MATERIAIS

Em relação aos recursos matérias estes vão variando consoante actividade, podemos destacar material audiovisual, para o visionamento dos filmes, registar as actividades, o rádio, para as tardes dançantes, materiais de costura para o ateliê de costura e matérias de expressão plástica, papel, tintas pinceis, tesouras cola, canetas.

Para as aulas de actividade física serão utilizados, bolas ou balões, cadeiras, cordas, garrafas com areia, entre outros.

4 - PLANO DE ACTIVIDADES SEMANAL

| | Segunda- Feira | Terça-Feira | Quarta-Feira | Quita- Feira | Sexta-feira |
|-------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Período Da Manhã | Ginástica Geriatrica | Tempo livre | Ginástica Geriatrica | Actividades de expressão Plástica | Passeios pela Aldeia-Ginástica Geriatrica Interacção Intergeracional (Uma Vez por mês) |
| Período Da Tarde | Tarde de Leituras E/ou Ateliê de literacia | Jogos de Mesa E/ou Ateliê de Costura | Visionamento de um Filme | Jogos de Mesa E/ou Ateliê de Costura | (Avaliação das actividades ao longo da semana) Tardes dançantes |

4.1 -PROGRAMA E DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES

4.1.1 -COMPONENTE PSICOLÓGICA

Actividades de comunicação Oral- Tardes de Leitura de Livros e Leitura do Jornal;

Nas tardes de letras pretende-se fazer leitura de Contos, Jornais e fazer conferências sobre temas da actualidade aos idosos.

Pretende-se prevenir o envelhecimento cognitivo e intelectual, desenvolver atenção, memória e o raciocínio. “Elevar os níveis educativos e culturais da terceira idade.” (Trilla & Osorio 1997:260).

Fazer leituras de temas da actualidade para manter os idosos actualizados sobre as notícias do dia-a-dia.

A leitura quando realizada em grupo, pode ser muito mais estimulante, pois pode-se conversar, discutir ideias e ouvir novas opiniões. Através da leitura de histórias proporciona-se novos conhecimentos ao individuo, e “contribuir para a sua expansão sensorial emocional ou racional” bem como da sua reintegração social (Costa & Bortolin, 2007).

Continuando ainda no mesmo pensamento do autor, as actividades de leitura podem enriquecer as experiencias de vida e consolar os idosos em momentos de solidão. Através da leitura o idoso actualiza os seus conhecimentos, pois estamos sempre em constante evolução e assim poderá adaptar-se facilmente às novas situações.

Principais Objectivos:

Desenvolver atenção, a memória e o raciocínio;

Prevenir o envelhecimento intelectual.

Recursos Financeiros

- Associação “A Gralha”

Recursos Humanos

- Socióloga;
- Idosos.

Recursos Materiais

- Jornais e Revistas;
- Livros.

Actividade de Vida Diária- Tempo Livre;

Nestas tardes o idoso irá fazer o que quiser e lhe apetecer. O Tempo Livre é importante principalmente porque cada um pode escolher livre e espontaneamente o que quer fazer e lhe dá mais prazer.

Actividades Cognitivas ou Mentais- Ateliê de literacia e Jogos de Mesa;

Nesta actividade pretende-se dar aulas simples de alfabetização para que os utentes possam aprender a fazer o seu nome, ao mesmo tempo que se pretende e prestar apoio aos idosos que já sejam letrados para que não percam estas habilidades.

Estas actividades pretendem estimular a escrita, leitura, memória e concentração. Para além de que estas actividades pretendem elevar os níveis educativos dos idosos, exercitar as capacidades mentais (Trilla e Osorio, 1997:260).

Zenhas (2012) refere que a leitura e a escrita são instrumentos importantes para a revigoração do cérebro, pois retarda o surgimento de doenças neurológicas degenerativas que levam ao surgimento de demências.

Jogos de Mesa:

Com os jogos de mesa, os idosos aumentam a actividade cerebral e ajudar a retardar os efeitos da perda de memória e da acuidade e velocidade perceptiva e prevenir o surgimento de doenças degenerativas.

Para além disso os jogos de mesa promovem as relações de amizade e interacção entre os idosos

Recursos Financeiros

- Associação “A Gralha”;

Recursos Humanos

- Socióloga;
- Idosos.

Recursos Materiais

- Cadernos;
- Lápis;
- Jogos de mesa (cartas, domino, bingo);

Actividades de Expressão Plástica- Ateliê de Expressão Plástica;

Com as actividades de Expressão plástica o idoso pode exprimir, desenvolver e estimular a imaginação e criatividade.

Para além disso através da expressão plástica o idoso desenvolve a precisão manual e coordenação psico-motora e técnico-manuais. Estas actividades pretendem ainda contribuir para o ócio, trabalho em equipa e iniciativa.

Recursos Financeiros

- Associação “A Gralha”

Recursos Humanos

- Socióloga;
- Idosos.

Recursos Materiais

- Tintas;
- Papel;
- Tesouras;
- Cola;
- Barro;
- Plasticina;
- Entre outros.

Ateliê de costura

A costura já faz parte de uma das actividades que é praticada pelas utentes do centro de dia. Através da costura as utentes desenvolvem a motricidade fina, e executem trabalhos que posteriormente podem ser expostos.

Recursos Financeiros

- Associação “A Gralha”;

Recursos Humanos

- Idosos.

Recursos Materiais

- Linhas;
- Agulhas;
- Tecidos.

Actividade de Intergeracionalidade – Interação com as crianças da Escola Primaria;

Juntar gerações e criar actividades que possam ser realizadas com os utentes do Centro de Dia e os alunos da Escola Primaria. Propõe-se a criação de um livro de Receitas e a Criação de uma Horta. Através destas actividades as crianças irão recolher os saberes dos idosos, que os iram enriquecer enquanto pessoas, ao mesmo tempo que proporciona o sentimento de utilidade aos idosos e aumento de auto-estima.

Principais Objectivos:

- Partilha de conhecimentos entre diferentes gerações;
- Valorizar os saberes dos idosos e aumentar a sua auto-estima;
- Desenvolver e estimular a memória e relembrar velhos costumes e ofícios.
- Promover a relação e o convívio entre crianças e idosos;
- Proporcionar momentos lúdicos e recreativos.
- Partilhar vivências e historias entre as gerações e educar para o respeito pela diferença.

Recursos Financeiros

- Associação “A Gralha”

Recursos Humanos

- Alunos e Professores da Escola Primária;
- Idosos.

Recursos Materiais

(a definir)

Actividades Lúdicas- Tardes dançantes.

A dança, principalmente os bailes e a música popular portuguesa estão muito presentes na vida destes idosos, assim as tardes dançantes não pretendem apenas fazer com que estes dancem mas também ouçam musica.

Através da dança os idosos podem ainda recuperar a confiança do domínio do corpo, distensão e relaxamento do corpo e ganhar expressividade corporal (Trilla e Osorio, 1997:260).

Recursos Financeiros

- Associação “A Gralha”

Recursos Humanos

- Idosos.

Recursos Materiais

- Radio;
- Cd de Musica.

Passeios

Intercâmbios que valorizem o convívio entre idosos e permitam conhecer novos locais e pessoas.

Principais Objectivos:

- Estimular a comunicação com outros idosos;
- Criar laços de amizade e convívio;
- Colmatar o isolamento e a solidão (Trilla e Osorio 1997:260).

Recursos Financeiros

- Associação “A Gralha”

Recursos Humanos

- Idosos.

Recursos Materiais

- Autocarro
- Lanche.

4.1.2- COMPONENTE FÍSICA

Actividade Física ou Motora- Ginástica Geriátrica, Passeios pedestres pela aldeia;

As aulas de ginástica geriátrica pretendem proporcionar bem-estar aos utentes e promover saúde mental e física, ao mesmo tempo que pretende combater o sedentarismo, desenvolver capacidades físicas e intelectuais através do movimento. Pretende-se a realização de actividades simples que melhorem a flexibilidade, resistência, força e mobilidade.

Llano, Manz & Oliveira (2006), propõem alguns exercícios que tem como propósito melhorar a vida dos idosos através de actividades que melhorem a flexibilidade, resistência, força e mobilidade.

Como já foi referido anteriormente, quando se cria um programa de actividade física para idosos deve-se ter em conta algumas limitações e restrições devido à idade ou doença.

Como tal é necessário adequar os exercícios ao público-alvo (Llano, Manz & Oliveira, 1996:32).

Continuando ainda com referência dos mesmos autores, a frequência da actividade deve ser entre 2 a 3 sessões semanais, para uma melhoria a médio e longo prazo, com uma duração de 50 minutos, com aquecimento, actividade principal e por fim alongamentos.

O aquecimento deve durar entre 10 a 15 minutos, e pretende aumentar a temperatura corporal e o fluxo sanguíneo para os músculos. Recomenda-se exercícios mais gerais que envolvam primeiros os grandes músculos e depois ir especificando para os pequenos músculos, através de alongamentos suaves.

A actividade principal deve prolongar-se por 30 a 40 minutos, segundo Skinner (1987) citado em Llano, Manz & Oliveira, (1996), as actividades devem de ser seguras e eficientes.

Nesta fase deve-se realizar as actividades que dêem resposta e atinjam os objectivos às necessidades dos idosos.

Por fim deve-se reservar 10 a 15 minutos para os alongamentos e relaxamento que devem ajudar o sistema cardiovascular a diminuir a frequência cardíaca através de exercícios de respiração e de marcha lenta por exemplo.

Tendo em conta os resultados da componente física propõem-se dois exercícios que actuem a nível da Resistência, Força, Coordenação, equilíbrio e flexibilidade tendo como base os estudos dos autores Llano, Manz & Oliveira, (1996).

- **Melhoria da Flexibilidade**

A diminuição da flexibilidade contribui para actividades como apertar os sapatos ou pentear-se se tornem-se difíceis de realizar comprometendo a autonomia do idoso.

O recomendável é praticar três vezes por semana no mínimo, no entanto para se obter melhorias o ideal é quatro a cinco vezes semanais.

Deve-se praticar alongamentos de 15 a 30 segundos em séries de 3 com pausas de descanso entre eles.

- **Melhoria da Resistência Cardiovascular**

Para melhorar a resistência cardiovascular a Associação Americana do Coração refere que os exercícios aeróbicos são os ideais para os idosos, pois estimulam os ossos, músculos e ajudam a reduzir os níveis de colesterol e pressão arterial.

Deste modo propõe-se exercícios aeróbicos no mínimo três vezes por semana durante 20 a 30 minutos. O tipo de exercícios pode ser a caminhada, dança ou ginástica aeróbica.

- **Melhoria da Força**

A força é a capacidade fundamental para uma boa qualidade de vida, que vai diminuindo com o avançar da idade devido à redução da massa muscular.

Para que surja efeitos recomenda-se uma frequência de exercícios 3 vezes por semana, com a duração de mínimo 15 minutos e máximo 60 minutos.

Os exercícios não devem de ser com cargas muito pesadas (utilizar entre 1kg a 2 kg)

Para além dos exercícios físicos pretende-se também fazer jogos tradicionais (trabalhar a memória), e caminhadas pela aldeia.

- **Caminhadas**

A caminhada é uma das actividades físicas ideais para os idosos, pois pode ser feita em diferentes intensidades, tem baixo impacto, e envolve os grandes grupos musculares, ao mesmo tempo que contribui para o contacto social dos idosos, (Matsudo, Matsudo & Neto, 2001) fazendo com que estes interajam entre si e com a população em geral.

Principais Objectivos:

- Melhorar o desempenho das actividades diárias básicas;
- Melhorar as habilidades motoras básicas;
- Aumentar a autoconfiança e auto-estima, independência e autonomia;
- Diminuir o isolamento;
- Valorizar os benefícios do exercício físico.

Recursos Financeiros

- Associação “A Gralha”

Recursos Humanos

- Professor de Ginástica;
- Idosos.

Recursos Materiais

- Bolas;
- Arcos;
- Cordas;
- Cadeiras;
- Garrafas;
- Balões.

5- AVALIAÇÃO DO PROJECTO

Para se saber a exequibilidade, do projecto de intervenção é necessário recorrer à avaliação do mesmo. A avaliação vai permitir-nos conhecer os resultados e os efeitos que a intervenção está a ter junto da população” permitindo corrigir as trajectórias caso estas sejam indesejáveis” (Guerra, 2006:175).

Este projecto tem como finalidade proporcionar um envelhecimento activo no centro de dia de Porto Covo, e assim quebrar a monotonalidade dos idosos.

Uma vez que não se verificou a existência de um plano de actividades semanais, optou-se pela criação do mesmo, com actividades que pretendem intervir a nível físico, psicológico e social, este plano poderá ser utilizado ao longo do ano, podendo vir a sofrer alterações caso necessárias e conforme os gostos e necessidades dos idosos.

Tendo em conta os objectivos referidos anteriormente, através da avaliação, podemos verificar os efeitos do projecto na população, e através desta averiguar se o projecto surtiu mudanças, e quais os resultados alcançados bem como a eficiência do projecto (Guerra, 2006:196-197).

Para se avaliar as actividades deste projecto pretende-se semanalmente reunir os idosos, e questiona-los sobre o grau de satisfação das actividades realizadas ao longo da semana, a sua opinião e quais as melhorias w alterações que possam ser feitas, a fim de puder compreender quais as falhas e os pontos fortes das actividades.

O mesmo acontecerá na avaliação da componente física, em que se pretende voltar a realizar a Bateria de Fullerton, para verificar se houve melhorias no estado físico dos idosos.

6- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DO PROJECTO

| Dias da Semana Actividades | Segund a- F | Terç a- F. | Quart a- F. | Quit a-F. | Sexta - F |
|---------------------------------|----------------|---------------|----------------|--------------|--------------|
| Ginástica Geriátrica | | | | | |
| Passeios | | | | | |
| Tardes de leitura | | | | | |
| Tempos livres | | | | | |
| Jogos de mesa | | | | | |
| Ateliê de costura | | | | | |
| Visionamento de um filme | | | | | |
| Ateliê de expressão plástica | | | | | |
| Interacção Intergeracional | | | | | |
| Avaliação | | | | | |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo que se inicia assim que nascemos no qual se vão surgindo perdas, sejam elas a nível das capacidades físicas, sensoriais e motoras, das transformações físicas e psicológicas ou até mesmo da posição do indivíduo perante a sociedade (Bromley 1966:19).

O presente trabalho é um Projecto de intervenção, que tem como base o estudo o Envelhecimento Activo em Centro de dia.

No início do projecto foi realizada uma revisão bibliografia, que permitiu obter um estudo mais aprofundado sobre conceitos que estão ligados ao Envelhecimento, e posteriormente criar um projecto que respondesse às necessidades do público-alvo.

Teve-se como objectivo principal criar um projecto que entretivesse e proporcionasse um maior bem-estar aos idosos do centro de dia, ao mesmo tempos que lhes desse prazer, como referiram Trilla & Osorio (1997:253) na sua teoria “é importante proporcionar experiencias de aprendizagem às pessoas idosas e manter um ambiente rico e estimulante”.

Este projecto não pretende apenas ocupar os tempos livres mas proporcionar um espaço onde o tempo é aproveitado para aumentar a educação permanente (Trilla e Osorio, 1997:255).

Tendo em conta o principal objectivo do Centro de dia é manter, desenvolver e melhorar as funções físicas e mentais do idoso através de actividades da vida diária e interacção social (Conrad *et al.* 1991 citado em Teixeira 2008).

A nível intelectual estimular a mente, como a memória, a atenção e o raciocínio através de exercícios como a leitura, fazer jogos intelectuais estimulantes, escrever, etc.

Ao nível emocional, motivar, e foi esta uma das principais dificuldades que se sentiu neste público, sem motivação nada se consegue, devemos criar uma imagem positiva de nós próprios aceitando o eventual declínio físico que é inevitável com o avanço da idade (Jacoob 2008).

Ao criar este projecto teve-se em atenção nas actividades seleccionadas, uma vez que estas devem promover a capacidade de adaptação de novos estímulos, aumentar a capacidade criativa, proporcionar maior integração e participação social. Melhorar a saúde mental e física e potenciar confiança e autocontrolo e satisfação com a vida (Silva 2001 citado em Abreu 2008).

Teria sido pertinente executar este projecto para consequentemente avaliar os resultados dos indivíduos depois da implementação do projecto para verificar se tinha havido melhorias a nível psicológico mas principalmente físico, uma vez que a actividade física está inserida na política do envelhecimento activo que visa promover o bem-estar físico psicológico e social (WHO, 2002).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A.** (2008) *Dar Vida aos Anos e Anos à Vida-Prática de Exercícios Físicos pela População com mais de 65 anos na Cidade de Lisboa*. (Dissertação de mestrado não publicada) Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.
- Alda, J. & Montón, J.** (1996) Programas de Fisioterapia. In Alda, J.; Dompédro, J.; Montalbo, M.; *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.
- Alves, A. & Rodrigues N.** (2010), *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. V.28 n.2 Lisboa Dezembro.
- Ander-Egg, E., & Idáñez, M.** (1999), *Como elaborar um Projecto*, CPIHTS; Lisboa.
- Arrazola, F.; Méndez, A.; Lezaun, J.J.** (2003). *Centro de Día- Atención e intervencion integral para Personas e Mayores Dependientes e com Deterioro Cognitivo*. Fundación Matia Gizartekinza- Departamento de Servicios Sociales.
- Azaredo, Z** (2002). O idoso no mundo do trabalho. In D.d. Educação, *Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social* (pp.177-180). Porto: Universidade Portucalese.
- Azevedo, J.** (2009). *Prevalência de Depressão e ansiedade em idosos institucionalizados no município de Ji- Paraná- Rondônia*. Universidade de Brasília
- Ballesteros, R. F.** (2000). *Gerontologia Social*. Salamanca: Edições Piramide.
- Ballone, G. J.** (2004). *Transtornos Emocionais no Envelhecimento*. Disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=65&sec=16> Acedido a 5/07/2013.
- Baptista, F. & Sardinho, L.** (2005). *Avaliação da aptidão física e do equilíbrio de pessoas idosas, Baterias de Fullerton*. FMH Edições, Faculdade de Motricidade Humana.
- Barata, J.** (2012) *Mexa-se pela sua saúde-Guia prático de actividade física e emagrecimento para todos*. Publicações Dom Quixote Lda.
- Barbier, R.** (1985) *Pesquisa-Ação na Instituição Educativa*. Rio de Janeiro.
- Barreto, J.** (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal* (pp. 27-40). Lisboa: Lidel.
- Benet, A.** (2003) *Los centros de día para personas mayores*. Edicions de la Universitat de Lleida.
- Bento, J.** (1991) *Desporto, Saúde, Vida – em Defesa do Desporto*; Livros Horizonte; Lisboa.
- Berger, B.; McInman, A.** (1993). *Exercise and the quality of life*. In: singer, K. N.; Murphy, M.; Ternant, L.K. (Eds). *Handbook of research on sport psychology*. New York: McMillan, p.729-760.

- Bonfim, C. & Saraiva, M. (1996)** *Centro de Dia (Condições de localização, instalação e funcionamento)*. Editor, Direcção – Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação Lisboa.
- Bromley, D.B. (1966).** *Psicologia do Envelhecimento Humano*. Editora Ulisseia, Miranda, M. (tradução).
- Cancela, D.M.G (2007).** *O processo de envelhecimento*. Porto: O portal dos psicólogos.
- Cardoso M. (2002).** *Representações de Vida Um Estudo Realizado com Adultos Idosos*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Carmona, F. (1995)** Idosos. *Psiquiatria Clínica* nº 16 (2): pp. 117-125.
- Carvalho, J. (1999).** Aspectos Metodológicos no trabalho com Idosos. *Actas dom Seminário- A qualidade de vida no idoso: O papel da actividade física*. FCDEF-UP. Porto. 95-104.
- Carvalho, P & Dias, O. (2011).** *Adaptação dos idosos institucionalizados*. *Millenium*,40:161-184.
- Cerrato, I. (1996).** Atencion Psicológica. In Alda, J.; Dompédro, J.; Montalbo, M.; *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.
- Cid, X. & Depia, M. (2007).** *Lazer e Tempos Livres para as gerações idosas-perspectivas de animação sociocultural e aproximação à realidade Galega*. In Osório, Requejo; Pinto, F.. *As pessoas idosas-contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget- Colecção Horizontes Pedagógicos.
- Cornelio, Orlannda (2009).** *Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita*. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciencias da Saúde, Porto.
- Costa, C.; Bortolin, S. (2007)** *A terceira idade e as acções de leitura dos bibliotecários de duas instituições.*, In II Seminário em Ciências da Informação.- UEL.
- Costa, M.A.M (1999).** Questões demograficas:Reercurses nos cuidados de Saude e na formação ds enfermeiros. In Costa, M. et al. *“O idoso problemas e realidades”*. Coimbra: Formasou: Formação e Saude Lda.
- Fernandes, P. (2000).** *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Coste, J. (1993).** Evaluation de la Sanite des Population et Instruments de Mesure de la Qualite de Vie. In Herreris & Simon (Ed.), *Evaluation de la Qualité de Vie*, pp.33-38.Paris: Masson.
- Centros de Día para personas mayres con dependencias, (2000)** Documento técnico nº8, Coleccion Documentos de Politica Social.
- Cunha, M. (2009),** *Animação Sociocultural na Terceira Idade – Recurso Educativo de Intervenção*, Chaves: Ousadias.

Diagnóstico: Doença de Alzheimer. Uma brochura informativa para doentes e seus familiares.

Merz Grunenthal

Direcção Geral da Acção Social (1996). Acesso disponível em http://195.245.197.202/preview_documentos.asp?r=21872&m=PDF acedido a 12/07/2012

Direcção- Geral de Saúde, (2004) Programa Nacional para a saúde das pessoas Idosas. Circular Normativa. Nº13/DGCG. P1-20. Disponível em: www.min-saude.pt. Acedido a 05/07/2013

Dias, V. & Schwartz, G. (2005) *O lazer na perspectiva do indivíduo idoso*. Lecturas, Educación Física y Deportes: Revista Digital, Buenos Aires, año 10, n. 87.

Directrizes assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar. (2008) Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasil, Rio de Janeiro.

Fairman, S.C. (2006). *El amor a los 70*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.

Faria, J. (2001). *Caracterização da Actividade Física Habitual da População Portuguesa*, (Dissertação de Mestrado), Universidade Técnica de Lisboa;

Faria, L. & Marinho, C. (2004) Actividade Física, Saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol. 6 Nº 1 Janeiro/Junho, Porto.

Fechine, B. & Trompieri, N. (2012) O processo de envelhecimento: As Principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*. Edição 20, volume1, artigo nº 7 Jan/Mar. Brasil.

Feliciano A., Moraes A., Freitas, I. (2004) *O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico*. Cadernos de saúde pública, 20 (6):1575-85.

Fernandes, A.A. (1997), *Velhice e sociedade: demografia e Políticas Sociais em Portugal*, Oeiras, Celta Editora.

Fernandes, H. Raposo, J.; Pereira, E. ; Ramalho, J.; Oliveira, S. (2009) *A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos*. Fundação Técnica e Científica do Desporto Pp. 33-50.

Fernandes, S. (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos Um Estudo de Caso*. (Dissertação de Mestrado) Departamento de Ciências da Educação e do Património.

Ferrari M. (2002). *Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade*. In: Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paul: Atheneu;2002.p 98-105.

Fontaine, Roger (2000), *Psicologia do Envelhecimento*, Climepsi Editores; Coimbra.

Fortin, M. (1999) – *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

- Fonseca, A. M.** (2004). *O Envelhecimento: Uma abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A.M.** (2005) *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Freitas, E. et.al** (2002). *Actividade Física no idoso*. In: FREITAS, Elizabete Viana et.al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 1a.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan,. cap. 103, p.857-864.
- Freitas, M.S.** (2011). *O tempo livre dos idosos do concelho de Oliveira do Bairro*. (Dissertação de mestrado) Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.
- Geis, P.** (2003). *Actividade física na terceira idade – Teoria e Prática*, 5ª edição, Porto Alegre: Editorial Paidotribo, Artmed.
- GiL, A. C.** (1987) *Métodos e técnicas da pesquisa social*. São Paulo.
- Gonçalves, C & Carrilho, M. A.** (2007) Envelhecimento crescente mas especialmente desigual Artigo 2º. In *Revista de Estudos Demográficos*, nº 40 - 2.º Semestre de 2006> INE, I.P., 2007, p. 21 - 38
- Gottiel, M.; Carvalho, D. et al.** (2007) Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. *Revista. Brasileira de Geriatria e Gerontologia* V.10 n.3 Rio de Janeiro
- Grave, R.** (2008). *Satisfação com a vida e materialismo: idosos e idosas pobres a viver sós*. (Dissertação de Mestrado,) Aveiro: Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.
- Guerra, I.** (2006) *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção*. Cascais: Principia;
- Imaginário, C.** (2004). *O Idoso dependente em contexto familiar*. Editora Formasau; Coimbra;
- Instituto Nacional de Estatística de Portugal.** (2012) *O envelhecimento em Portugal, Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Disponível em: www.ine.pt acedido a 15 de Janeiro de 2013
- Ivo, P.** (2008) *O grande desafio, Envelhecimento Activo*. (Relatório de Estagio).
- Jacob, L.** (2007). *Animação de Idosos*. Porto: Ambar.
- Jacob, L & Fernandes H.** (2011). *Ideias para um Envelhecimento Activo*. Edição RUTIS
- Lima, M.** (2006). *Posso participar? Actividades de desenvolvimento para idosos*. 2ª Edição Porto. Âmbar.
- Lima, Â.; Silva, H.; Galhardoni, H.** (2008). *Envelhecimento bem-sucedido: trajectórias de um constructo e novas fronteiras*. Interface (Botucatu) vol.12 no.27 Botucatu.

- Lima-Costa, M.F., Barreto S.M, Giatti L. (2003)** Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. In *Cadernos de Saúde pública*.
- Lima, N. (2010).** Como Rejuvenescer a Mente. In: *Idade Maior: Saber Viver*. Disponível em <http://idademaior.sapo.pt/bem-estar/ginastica-mental/como-rejuvenescer-a-mente/> acedido a 23/11/2012.
- Livro verde (2005)** *Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a união europeia*. Bruxelas.
- Llano, M.; Manz M.; Oliveira, Sandra;** Guia Prático de Actividade Física na Terceira Idade; 3ª edição; A. Manz Produções; Cacém; 2006
- Magalhães, (2005)** *Envelhecimento Demográfico Novos Desafios*, Workshop – UTAD, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, pp. 20.
- Martins, R. (2006).** Envelhecimento e Políticas Sociais. Educação Ciência e Tecnologia, nº32:pp.126-140.
- Marconi, M.; Lakatos, E. (2000)** Metodologia científica: ciência e conhecimento científico; métodos científicos; teoria, hipóteses e variáveis; metodologia jurídica. 3ª Edição. Revista. ampl. São Paulo: Atlas, Schrader, Achim. Introdução à pesquisa social
- Martin, I.; Neves, R.; Pires, C.; Portugal, J. (2007).** *Estatísticas de equipamentos sociais de apoio à terceira idade 2006*. Porto: Unidade de Investigação e Formação sobre adultos idosos (UNIFAI).
- Martins, R. (2008).** A depressão no idoso. Millenium - Revista do ISPV, 34. Pp: 119-123.
- Martins, R. (2010)** *Os idosos e as actividades de lazer*. Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. Pp.243-251.
- Matsudo, S.; Matsudo, V.; Neto, E.; Turíbiq (2000).** Efeitos benéficos da actividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista Brasileira de Actividade Física e Saúde* 5 (2):60 - 76.
- Matsudo, S.; Matsudo V.; Neto.** Actividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. Artigo de Revisão. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*- Vol.7, Nº1- Jan/Fev. 2001.
- Medeiros, V. ; Lima; F. ; Virgínio; F. (2010)** *Mal de Alzheimer: Uma doença preocupante*.
- Mestre, O. (1999).** *O envelhecimento e a mobilização. Prevenção das diabetes. Geriatria*, 12, (116), 18-27.
- Moniz, J.M.N (2003).** *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidado como experiencia formativa*. Loures, Lusociência.

- Monteiro, M.;** Sobral Filho, D. (2004) Exercício físico e o controle da pressão arterial. *Revista brasileira de medicina do esporte*, São Paulo, vol.10,n.6, Pp. 513-514.
- Marques, S.** (2011). *Descriminação na Terceira Idade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Moraes, E.N.;** Moraes, F.L; Lima, S. (2010) Características biológica e psicológica do envelhecimento. *Revista de Medicina*. Minas Gerais 2010;20 (1):67-73. Artigo de Revisão.
- Moraes, L.** Doença de Alzheimer. Disponível em: <http://www.fisioweb.com.br>. Acedido a 04/12/2012.
- Neri, A.** (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. São Paulo, Papirus.
- Neri, A. L.** (2007) *Qualidade de vida na velhice*. In: Rebelato, J.; Morelli, J. Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso. 2a.ed. Barueri: Editora Manole,. Capítulo. 11-36pp.
- Neto, M.F.** (1993). *Lazer: opção pessoal*. Brasília: Departamento de Educação Física, Esportes e Recreação- SCE/GDF.
- Newton, L. T.;** Ferreira, A.J.; Tacques, C.; Machado, L.(2010). *Envelhecimento e suas múltiplas áreas do conhecimento*. Porto Alegre.
- Nunes, L.** (1999). *A prescrição da Actividade Física*. Lisboa, Editora Caminho.
- Nunes, M & Santos, S.** (2009) Avaliação funcional de idosos em três programas de atividade física: caminhada, hidroginástica e Lian Gong. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. v.9 n.2-3 Porto .
- OMS,** Acesso disponível em <http://www.fcd.uec.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>. Acedido a 5/07/2013.
- OMS.** (1998). Global survey on geriatrics in the medical curriculum Ageing and life course programme, World Health Organization http://www.who.int/entity/ageing/publications/alc_tegeme_survey_pdf
- OMS,** (2000). *International Obesity Task Force*.
- OMS** (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Brasília: Gráfica Brasil.
- OMS,** (2002) *Envelhecimento Activo, Um Projecto de Política de Saúde*. Uma contribuição da Organização Mundial de Saúde para o Segundo Encontro Mundial sobre o Envelhecimento, Madri, Espanha.
- OMS.** (2005) *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Olcese, C.** (2001) A saúde mental e a velhice: um estudo com idosos da Lima Metropolitana. In. *Revista de Psicologia*, vol.5 nº1.

- Oliveira, B.** (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. 4ª Edição. Livpsic.
- Oliveira, D.; Gomes, L.; Oliveira, R.** (2006) Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. In *Revista de Saúde Pública* 40 (4):7344-6.
- Oliveira, K.; Santos, A.; Cruvinel, M.; Néri, A.** (2006). *Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos*. *Psicologia em Estudo Maringá*, v.11, n 2, p.351-359, mai/ago.
- Osório, R. A. & Pinto, F.C.** (coords.) (2007). *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Okuma, S.S.** (1998) *O idoso e a actividade física*. São Paulo: Papirus.
- Palmeirão, C.M.** (2002). Derrubar para Mudar. In D. d. Educação, *Terceira idade: Uma questão para a Educação Social* (pp.35-46). Porto: universidade Portucalense.
- Papaleu Netto, M.** (2002) *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Paúl, M.** (1991) *Panorama demográfico dos idosos em Portugal*. *Geriatria*, nº38 (4).
- Paúl, M.** (1996). *Psicologia dos Idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizações, Lda.
- Paúl, M.** (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, Família e o Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paul, C.** (2002). Bem-estar e satisfação de vida em idosos. In D. d. Educação, *Terceira idade: Uma questão para a Educação Social* (pp.29-33). Porto: Universidade Portucalense.
- Paúl, C.** (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. *Sociologia*, 15, 275-287. Porto: Departamento de Sociologia da Faculdade de Letra da UP.
- Pereira, J. & Lopes, M.** (2009). *Animação Sociocultural na Terceira Idade*, 1ª edição, Chaves: Intervenção Associação para a Promoção e Divulgação Cultural.
- Pimentel, L.** (2005) *Lugar do Idoso na Família- Contexto e trajectória*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto, C.** (2006) *Queremos promover um envelhecimento saudável ao longo da vida*. Disponível em : <http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt>. Acedido a 11/11/2012
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.** (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*; Editora Gradiva; Lisboa.
- Resende, M.; Almeida, C.; Favoreto, D.; Miranda, E.; Silva, G.; Vicente, J.; Queiroz, L.; Duarte, P.; Galicioli, S.** (2011). *Saúde mental e envelhecimento*. *Revista Electrónica*, v.42, n1, pp.31-40, Jan/Mar. Brasil.
- Rezende, R.** (2008) *Afecto, velhice e lazer*. *Licere*, Belo Horizonte, v. 11, n. 3, dez.
- Ribeirinho, C.** (2005). *Projecto d Vida – A vida Continua a ter Sentido*. I Jornada- Para um Envelhecimento Activo: Descobrir novos Caminhos. CSP, Fátima, 3 de Junho de 2005.

- Ribeiro, Ó. & Paúl, C. (2011).** *Manual do Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel
- Rodrigues M. (2002)** O lazer do idoso: barreiras a superar. *Revista Brasileira de Ciências*. Mov. 10 (4): 105-08
- Rocha, A. (2007)** *O autoconceito dos Idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa
- Rosa, M. (2012).** *O envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Sancho, M. (1996).** Centro de dia: conceptualizacion. In Alda, J.; Dompedro, J.; Montalbo, M.; *Centro de dia para personas Mayores Dependientes*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales
- Santos, P. (2000).** *A Depressão no Idoso: estudo da relação entre factores pessoais e institucionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010).** Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lousã: Lidel.
- Serra, A. V. et al (2006).** Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) In. *Psiquiatria Clinica*, Jan/Mar, Vol.27, nº, Hospitais da Universidade de Coimbra
- Serrano, G. (2008).** *Elaboração de projectos sociais. Casos práticos*. Marques, Maria Isabel (trad.). Porto: Porto Editora.
- Silva, A.; Oliveira K. (2008)** *Interdisciplinaridade, envelhecimento e actividade física: relato de experiência*. Ver. Triand.:Ens. Pes. Ext. Uberada- MG,v.1.n.1,p.120-141.
- Silva, L. (2011):** *Vida com Animus: uma perspectiva de animação sociocultural de idosos*. Relatório de Estágio, Mestrado em Educação. Universidade do Minho.
- Silva, M. (2011).** *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança.
- Simões, A (1992).** Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS), *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Ano XXVI, 3, 503-515.
- Simões, A. (2006).** *A nova Velhice: um novo público e educar*. Porto: âmbar
- Smeltzer, S. C.; Bare, B. (2005)** Tratado de Enfermagem, In. *Medico Cirúrgica*. 10ª Ed, Vol. 1 Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Soares, I. (2011).** *Actividade Física e envelhecimento Activo. O Incremento da prática da actividade física através de consultoria*. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de ciências medica, universidade nova de lisboa.
- Sousa, A. (2005)** *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte

- Spar, J. E.; La Rue, A. (1997).** O Envelhecimento Normal. In. *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Pp.13-38, 1ª Vol., 1ª ed, Lisboa: Climepsi Editores.
- Spirduso, W. (1995).** *Physical Dimensions of Aging*, Human Kinetics, Champaign, Illinois.
- Teixeira, M. (2008).** *Centro de dia na perspectiva do Utente*. Dissertação de Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro.
- Teixeira, S. (2007).** *Lazer e tempo livre na “Terceira idade”: potencialidades e limites no trabalho social com idosos*. Revista Kairós, São Paulo, 10 (2), dez. Pp.169-188.
- Teixeira, M. (2008).** *Centro de dia na perspectiva do Utente. Uma visão Global*. Universidade de Aveiro
- Tessari, O. I. (2002).** Qualidade de Vida na Terceira Idade. In. *Revista Rio Total*. Ano 16 - Semana 846 - 28 de Junho, 2013
- Trinidad, D. (1996).** Programas de saúde física. In Alda, J.; Dompédro, J.; Montalbo, M.; Centro de Día para Personas Mayores Dependientes. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.
- Valente, C. (2010).** *Participação através da animação sociocultural: Intervenção com idosos*. Universidade de Aveiro.
- Vaz Serra, A., Ribeiro, C., Marques-Teixeira, J. & Lourenço, M. (2001).** *Temas psiquiátricos*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores.
- Zimmerman, G. (2000).** Velhice: Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed.

REFERÊNCIAS WEBGRÁFICAS

Ballone GJ - Doença de Alzheimer – In. PsiqWeb, Internet
<http://www.psiqweb.med.br> Acedido a 29/05/2013

Ballone GJ, Moura EC - Depressão no Idoso - in. PsiqWeb, Internet, disponível em
www.psiqweb.med.br. revisto em 2006. Acedido a 29/05/2013

Zenhas, Amanda (2012) - Ler e escrever: um elixir de vida na terceira idade
Publicado a 28/12/2012. Disponível em: <http://www.educare.pt> Acedido a 11/06/2013

Imagens retiradas do Site: <https://www.phenxtoolkit.org>.

APÊNDICES

APÊNDICE I- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Tânia Gil

Dr. Ana Luz
Associação “A Gralha”

Porto Covo, 10 de Setembro de 2013

O meu nome é Tânia Gil, sou residente em Porto Covo, licenciada em Animação Sociocultural e neste momento encontro-me a construir a minha Dissertação de Mestrado- Envelhecimento Activo em Centro de Dia.

Tendo em conta a proximidade do meu local de residência com o centro e o facto de já ter realizado um trabalho no mesmo, venho por este meio pedir autorização para realizar Observação Directa no Centro de dia, para verificar a ocupação dos tempos livres dos idosos.

Por volta do mês de Março, preciso de realizar umas Entrevistas que visa avaliar, o estado do idoso, o seu grau de satisfação no Centro de dia e por fim realizar os testes da Bateria de Fullerton, na qual também pedia a sua ajuda para a realização dos mesmos.

Agradeço antecipadamente a sua atenção.

Cumprimentos

Tânia Gil

APÊNDICE II- GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião de Entrevista

| Objectivos | Objectivos Específicos | Dimensões | Sub- Dimensões | Questões |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar uma anamnese com o intuito de conhecer os dados do sujeito (nome, idade, data de nascimento), | Parte- I Avaliação do Estado de consciência do paciente e caracterização do entrevistado. | Estado de consciência do paciente | Caracterização do utente | 1)-Como se chama |
| | | | | 2)-Idade |
| | | | | 2.1)-Data de nascimento |
| | | | | 3)-Onde nasceu |
| | | | | 4)-Onde reside |
| | | | | 5)-Estado civil |
| | | | | 5.1)-Qual a data do seu casamento |
| | | | | 5.2)-Tem filhos |
| | | | | 5.2.1)- Quantos filhos têm |
| | | | | 5.2.2)-Quem idades têm |
| | | Atitude do paciente face à sua situação | Orientação do idoso | 6)-Qual a data de hoje. |
| | | | | 6.1)-Mês |
| | | | | 6.2)-Ano |
| | | | | 6.3)-Qual o dia em que se celebra o Natal |
| | | | Auto-avaliação de Saúde e Bem-estar | 1)- Em termos de bem-estar como se sente? 1.1)- Fisicamente 1.2)- Psicologicamente |
| | | | | 2)- Tem se sentido ansioso? 2.2) Como é o seu sono? |
| | | | | 3) Consegue realizar o seu trabalho habitual? |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | 3.1)Quais as principais dificuldades que sente na realização do seu trabalho habitual? |
| | | | Queixas sobre transtornos nas funções complexas | 1) Tem dificuldades em orientar-se sozinho? |
| | | | | 2) Tem dificuldades em vestir-se ou despir-se? |
| | | | | 3) Observou mudanças na compreensão daquilo que as pessoas lhes dizem? |
| Conhecer a percepção do apoio social do utente. Conhecer as relações de amizade e com o centro de dia | Parte II- Avaliação da percepção do bem-estar no | Apoio Social | Isolamento Social | 1)-Quanto tempo passa sozinho por dia? |
| | | | | 2)-Para sim frequentar o centro de dia ajudou a passar menos tempo sozinho? |
| | | | Relações de Amizade | 1) Quem são os seus melhores amigos? |
| | | | | 1.1) Os seus amigos são utentes do centro de dia que frequenta? |
| | | | | 2) Com quem gosta de estar? |

| | | | | |
|--|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | centro de dia e do envelhecimento activo e bem sucedido. | | | 3) Tem algum confidente com que sente que pode sempre desabafar/ partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência no centro de dia? |
| | | | Relação com o centro de dia | 1) Gosta de estar no Centro de dia? |
| | | | | 2) Como é o seu relacionamento com os outros utentes? |
| | | | | 3) E com as funcionárias? |
| | | | | 4) Quais as necessidades que mais sente aqui? |
| | | | | 5) Algum tipo de apoio que acha que poderia ser dado? |
| | | | | 6) Que tipo de actividades gostaria de fazer no centro de dia? |
| | | Actividades e ocupação de tempos livres | Actividades preferidas/prazenteadas | 1) Qual a actividade que mais gosta de fazer? |
| | | | | 1.1) Essas actividades são realizadas no centro de dia? |
| | | | | 2) Como ocupa os seus tempos livres? 2.1) Em casa: 2.2) No centro de dia: |

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| | | | | 3) O que é que lhe dá mais prazer fazer no seu dia-a-dia? |
| | | Envelhecimento bem sucedido | Envelhecimento activo | 1) O que é para si um envelhecimento bem-sucedido? |
| | | | | 2) O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem-sucedido. |
| Avaliação dos dados antropométricos do utente. Avaliação da componente física. | Avaliação da flexibilidade e resistência do utente | Dados antropométricos do entrevistado | | Altura/peso/IMC |
| | | Avaliar a flexibilidade do hemicorpo superior | | Alcançar as costas |
| | | Avaliar a flexibilidade do hemicorpo inferior | | Sentar e alcançar |
| | | Avaliar a flexibilidade muscular do hemicorpo superior | | Flexão do antebraço |
| | | Avaliar a aptidão muscular do hemicorpo inferior | | Levantar e Sentar |
| | | Avaliar agilidade e o equilíbrio dinâmico | | Ir-e-vir 2.44m |
| | | Avaliar a resistência aeróbica geral | | Marcha de 6 minutos Ou marcha estacionária de 2 min |
| | | | | |

APÊNDICE III- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista Semiestruturada para avaliação da componente psicológica e física em utentes do Centro de dia.

A presente entrevista tem como principal objectivo recolher informação sobre a saúde mental e física do utente que frequente o centro de dia. Assim permite avaliar o seu grau de satisfação da frequência do centro de dia, recolher informação sobre os dados relativos ao seu historial de saúde mental e física e das dificuldades funcionais do sujeito, ao apoio social percebido, à actividade, ao estado de saúde mental e à percepção do envelhecimento.

Avaliação da Componente Psicológica

Parte I – Avaliação do Estado de consciência do paciente e caracterização do entrevistado

Estado de consciência do paciente

Orientação do idoso

- 1)- Como se Chama?
- 2)- Idade
 - 2.1) Data de Nascimento
- 3)- Onde Nasceu?
- 4)- Onde reside?
- 5)- Estado civil
 - 5.1) Qual a data do seu casamento
- 6) Tem filhos?
 - 6.1) Quantos?
 - 6.2) Que idade tem?

7) Que dia é hoje:

7.1) Mês

7.2) Ano

7.3) Qual o dia em que se celebra o Natal?

A atitude do paciente face à sua situação

Auto-avaliação de Saúde e Bem-estar

1)-Em termos de bem-estar como se sente?

1.1)- Fisicamente:

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1 <input type="radio"/> | 2 <input type="radio"/> | 3 <input type="radio"/> | 4 <input type="radio"/> | 5 <input type="radio"/> | 6 <input type="radio"/> | 7 <input type="radio"/> | 8 <input type="radio"/> | 9 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|

1.2) -Psicologicamente

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1 <input type="radio"/> | 2 <input type="radio"/> | 3 <input type="radio"/> | 4 <input type="radio"/> | 5 <input type="radio"/> | 6 <input type="radio"/> | 7 <input type="radio"/> | 8 <input type="radio"/> | 9 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|

2)- Tem se sentido ansioso?

Sim ☐ Não ☐

2.2) Como é o seu sono?

Bom ☐

Mau ☐

Mais ou menos ☐

3)- Consegue realizar o seu trabalho habitual?

Sim ☐ Não ☐

3.1) Quais as principais dificuldades que sente na realização do seu trabalho habitual?

Queixas sobre transtornos nas funções complexas

1)- Tem dificuldades em orientar-se sozinho?

Sim ☐ Não ☐

2)-Tem dificuldades para vestir-se ou despir-se?

Sim ☐ Não ☐

3)-Observou mudanças na compreensão daquilo que as pessoas lhes dizem?

Sim ☐ Não ☐

PARTE II – Avaliação da percepção do Bem-estar no centro de dia

Apoio Social

Isolamento Social

1)-Quanto tempo passa sozinho por dia?

2)-Para si frequentar o centro de dia ajudou a passar menos tempo sozinho?

Sim ☐

Não ☐

Relações de Amizade

1)-Quem são os seus melhores amigos?

1.1) Os seus amigos são utentes do centro de dia que frequenta?

2)-Com quem gosta de estar?

3)-Tem algum confidente com que sente que pode sempre desabafar/ partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência no centro de dia?

Sim ☐

Não ☐

Relação com o centro de dia

1)-Gosta de estar no Centro de dia?

Sim ☐

Não ☐

2)-Como é o seu relacionamento com os outros utentes?

3)-E com as funcionarias?

4)-Quais as necessidades que mais sente aqui?

5)-Algum tipo de apoio que acha que poderia ser dado?

6)-Que tipo de actividades gostaria de fazer no centro de dia?

Actividades e ocupação de tempos livres

Actividades preferidas/prazenteiras

1)-Qual a actividade que mais gosta de fazer?

1.1) Essas actividades são realizadas no centro de dia?

2)-Como ocupa os seus tempos livres ?

2.1) Em casa:

2.2) No centro de dia:

3)-O que é que lhe dá mais prazer fazer no seu dia-a-dia?

Envelhecimento Bem sucedido

Envelhecimento

1) O que é para si um envelhecimento bem-sucedido?

2) O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem-sucedido.

Apêndice IV- Bateria de Fullerton

Componente Física - Bateria Fullerton- Teste de aptidão física funcional para idosos
(adaptado de Rikli e Jones, 1999)

Para assegurar a fidedignidade dos dados recomenda-se estrita observância às orientações. O avaliando deve ser instruído para fazer o seu melhor, mas nunca deve ser pressionado ao ponto de exaustão ou além do que ele percebe ser seguro para si.

Antes dos testes, os avaliados devem realizar +ou - 10 minutos de aquecimento. Os testes devem ser ordenados de forma a não sobrecarregar o mesmo grupo muscular.

Dados do utente:

Altura:

Peso:

IMC:

1) Alcançar as costas

Objectivo: avaliar a flexibilidade do hemicorpo superior.

Resultados:

2) Sentar e alcançar

Objectivo: avaliar a flexibilidade do hemicorpo inferior.

Resultados.

3) Flexão de antebraço

Objectivo: avaliar a aptidão muscular do hemicorpo superior.

Resultados:

4) Levantar e sentar

Objectivo: avaliar a aptidão muscular do hemicorpo inferior.

Resultados:

5) Ir-e-vir 2.44m

Objectivo: avaliar a agilidade e o equilíbrio dinâmico.

Resultados:

6) Marcha de 6 minutos

Objectivo: avaliar a resistência aeróbia geral.

Resultados:

6.1) (Teste alternativo ao de marcha de 6 min) Marcha estacionária de 2 min

Objectivo: avaliar a resistência aeróbia geral.

Resultados:

Deseja acrescentar mais alguma informação ou reflexão sobre o assunto em causa?

Obrigada pela sua disponibilidade

APÊNDICE V – ANÁLISE DE CONTEÚDO

| Dimensão | Sub-Dimensão | Unidade de Registo |
|-----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atitude do paciente face à sua situação | Auto-avaliação de Saúde e Bem-estar | <p>-Agora o ritmo já vai abrandando (entrevista 1)</p> <p>-Tenho muita dor nas pernas, por isso a minha filha ajuda-me nas limpezas, mas ainda consigo fazer muita coisa (entrevista 2)</p> <p>-Nada (entrevista3)</p> <p>- A cabeça (entrevista4)</p> <p>-Só me falta a vista (entrevista5)</p> <p>-Não sinto dificuldades (entrevista6)</p> <p>- Não tenho dificuldades (entrevista7)</p> <p>-Ainda dou conta de tudo (entrevista8)</p> <p>-Desde que fiz a operação fiquei com tonturas, não me posso baixar. (entrevista 9)</p> <p>-Tenho mais dificuldades em andar. (entrevista 10)</p> |
| Apoio Social | Isolamento social | <p>-Quando estou com as minhas filhas de Almada passo mais tempo sozinha, quando estou com estas daqui não. Venho para o centro de dia (entrevista 1)</p> <p>- Não, estou sempre com o meu marido (entrevista 2)</p> <p>-Só à noite, quando saíu do CD até ao outro dia de manha (entrevista 3)</p> <p>- Quando saíu do CD (entrevista 4)</p> <p>-Passo algum tempo sozinho aqui não conheço ninguém. (entrevista5)</p> <p>-A partir das 5h quando saíu do CD, mas depois tenho a companhia da neta. (entrevista 6)</p> <p>-Estou acompanhada do meu marido (entrevista7)</p> <p>- Só estou à noite. (entrevista8)</p> |

| | | |
|--|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>-Nunca estou só, estou sempre com a minha esposa.(Entrevista9)</p> <p>-Estou sempre acompanhada. (entrevista10)</p> |
| | Relações de amizade | <p>-Tenho amigos em todo o lado e gosto de estar com toda agente. (entrevista1)</p> <p>- Gosto de estar com as minhas filhas e o marido. (entrevista2)</p> <p>-Gosto de estar com as minhas filhas e cunhados. Gosto de estar aqui no C.D. falo com toda agente. (entrevista3)</p> <p>- Os camaradas aqui do CD. Sim. Gosto de estar com toda agente. (entrevista 4)</p> <p>- Tinha muitos em Campo Maior, aqui não conheço ninguém. Gosto muito de estar com a minha neta e o bisneto. (entrevista5)</p> <p>-A Natércia, algumas aqui também são minhas amigas, e é com quem gosto de estar. (entrevista6)</p> <p>-Não tenho ninguém só o meu marido. Gosto de estar com elas aqui do CD, faz de conta que são a minha família. Tenho uma Sra lá do café ao pé da minha casa, ela é muito boa para mim. (entrevista7)</p> <p>-Tenho ai a malta toda. Aqui os do C.D. mas tenho dois amigos em especial. (entrevista8)</p> <p>- A minha esposa, a família. Gosto aqui das pessoas. Desde que a companhia seja boa. (entrevista9)</p> <p>-Os filhos e s netos, gosto muito de estar em casa com a família. Mas também gosto de estar com eles (utentes do cd) (entrevista 10)</p> |
| | Relação com o Centro de Dia | <p>- Gosto de toda agente e as funcionárias são muito boas para mim, sou muito bem</p> |

| | | |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>tratada. Faço renda mas gostava de saber ler. (entrevista 1)</p> <p>- (Relação com os utentes e funcionarias) é bom.... Para mim está tudo bem. Acho que não falta nada para mim está tudo bem.... Gostava de saber escrever. (entrevista2)</p> <p>-é bom, gosto delas todas. É bom, mas gostava de ter alguém para conversar, alguém que estivesse ao meu nível, é que os que estão aqui já não estão lá muito bem. (entrevista3)</p> <p>-Aqui toda agente é boa para mim, os camaradas as funcionárias, toda agente. Gostava de fazer mais coisas, mas eu não consigo ver. (entrevista4)</p> <p>- Falo com algumas pessoas. As funcionarias tratam me bem. Gostava de jogar às cartas mas como já não consigo ver já me deixei disso, mas gosto de fazer ginástica. (entrevista5)</p> <p>-É bom. Das funcionárias gosto muito muito delas. Para mim está tudo bem aqui. Agora estou a fazer malha, mas também gosto de fazer umas caminhadas por ai. (entrevista6)</p> <p>-Dou-me muito bem com toda agente. E com as funcionarias também. Aqui está tudo bem, não falta nada. Não gostava de fazer nada, tenho muitas dificuldades a fazer as coisas com os dedos. (Entrevista7)</p> <p>-Sim, gosto de toda agente, dos que estão aqui das funcionárias. Não me falta nada.(entrevista8)</p> <p>-Gosto de todos (utentes e funcionários). Não me falta nada. O que eu mais gosto é do</p> |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>convívio (entrevista9).</p> <p>-Não tenho razão de ninguém, gosto de todos (utentes e funcionários). Não há nada que possa dizer que não gosto. Havia, mas já não dou feito nada a cabeça e os olhos já não me ajudam (entrevista10)</p> |
| Actividades e ocupação de tempos livres | Actividades preferidas e prazenteiras | <p>- Faço Renda e converso. (entrevista 1)</p> <p>-Gostava de fazer tudo principalmente pão, amassar, tender a massa. Também gosto de passear. (...) Costumo estar no sofá ou ir conversar com uma amiga. Não faço nada, às vezes jogos às cartas. Gosto muito de fazer a lida da casa. (entrevista 2)</p> <p>-Gosto de jogar às cartas e de ler. Em casa vejo televisão e leio. Gosto de fazer tudo (entrevista3)</p> <p>-Gosto de fazer limpezas. Não faço muita coisa, porque tenho medo de cair. Fico a olhar para os outros, não faço mais nada. (entrevista4)</p> <p>-Jogar às cartas. Passear por ai, ouvir radio, ler o jornal, todos os dias vou ao café porque eles tem la o jornal e eu sento-me la a ler. Aqui no C.D. ando um bocadinho e faço uma “ginasticazinha” sozinho. (entrevista5)</p> <p>- Malha e renda, faço aqui e em casa. O que eu gostava mais de conseguir fazer era dormir melhor. (entrevista6)</p> <p>-Gosto de Costurar. Em casa faço a lida, Aqui podia fazer qualquer coisa. Mas o que mais gostava era de trabalhar no campo. (entrevista7)</p> <p>-Gosto de dançar, ver televisão e jogar às cartas. Ver televisão, quando não estou a</p> |

| | | |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>dormir. (...) Gosto de estar em boa companhia e passear. Lá em casa ainda tenho uma horta, outras vezes faço umas caminhadas e vou ter com os vizinhos. Aqui não faço nada. (entrevista 8)</p> <p>-Gostava de fazer a lida da casa. Não faço nada, olho para uma e ela diz qualquer coisa, depois olho para outra. (entrevista 9)</p> <p>-Vejo televisão e vou ate ao quintal apanhar sol. (entrevista10)</p> |
| Envelhecimento Bem Sucedido | Envelhecimento Activo | <p>- Ser Feliz (entrevista 1)</p> <p>-Ter saúde. Ginástica para os músculos não pararem (entrevista2)</p> <p>-Escrever, ler. Ter uma boa alimentação evitar as drogas (medicamentos). (entrevista3)</p> <p>-Não sei, não vejo, não consigo dizer as coisas e a cabeça só parvoeja. (entrevista 4)</p> <p>- Agente andar, fazer ginástica e pensar no bem. (entrevista5)</p> <p>- Ter saúde, não gosto de ser velha. (entrevista6)</p> <p>- Ter saúde. (entrevista7)</p> <p>-Conviver, assim a malta distrai-se. Comer bem, continuar a fazer a minha vida, não beber, a única coisa que faço mal é fumar, conviver com os outros e passear. (entrevista8)</p> <p>-Andar ocupado, conviver e conversar com os amigos e dar umas voltinhas. (entrevista9)</p> <p>- Precisamos é de ter paz na vida é o que eu gosto mais e ter amigos e ser amigo também. (entrevista 10)</p> |

